

University of Groningen

STERK in het werk. Een kwalitatief onderzoek naar de adoptie van een programma gericht op het Stimuleren van Eigen Regie en Kwaliteit van leven (STERK) van nierpatiënten door zorgverleners

Rommelink, J.T.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2013

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Rommelink, J. T. (2013). *STERK in het werk. Een kwalitatief onderzoek naar de adoptie van een programma gericht op het Stimuleren van Eigen Regie en Kwaliteit van leven (STERK) van nierpatiënten door zorgverleners*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

STERK IN HET WERK

Een kwalitatief onderzoek naar de adoptie van een programma gericht op het
STimuleren van Eigen Regie en Kwaliteit van leven (STERK) van nierpatiënten door
zorgverleners

Auteur: J.T. Remmelink (Jantien)

Student nummer: s1429302

Begeleider: Dr. A. Visser (Annemieke)

Referent: Dr. D.E.M.C. Jansen (Danielle)

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Vakgroep Sociologie

Afstudeerroute: Sociologie van Gezondheid, Zorg & Welzijn

Datum: 28 augustus 2013

ECT: 20



umcg



**rijksuniversiteit
groningen**

Wetenschapswinkels



Colofon

Vraagnummer: GV 43/2012/C

Titel: STERK in het werk. Een kwalitatief onderzoek naar de adoptie van een programma gericht op het Stimuleren van Eigen Regie en Kwaliteit van leven (STERK) van nierpatiënten door zorgverleners

Auteur: J.T. Remmelink

Begeleiding: Dr. A. Visser, UMCG, afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek
Dr. D.E.C.M. Jansen, Rijksuniversiteit Groningen, vakgroep Sociologie, faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Vraagindiener: Dr. A. Visser, UMCG, afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek

Uitgave: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid,
Rijksuniversiteit Groningen

Adres: A. Deusinglaan 1
9713 AV Groningen

Telefoon: 050 – 363 9080 (coördinator Dr. J. Tuinstra)

E-mail: j.remmelink@umcg.nl

Datum: Augustus 2013

Voorwoord

Voor u ligt mijn laatste en belangrijkste verslag dat ik de afgelopen twee jaar voor de opleiding Sociologie heb gemaakt. Met dit verslag word ik de troste bezitter van een masterdiploma Sociologie van Gezondheid, Zorg & Welzijn. Voor het bewerkstelligen van dit eindproduct wil ik graag een aantal mensen bedanken. Ik wil graag Annemieke Visser bedanken voor haar begeleiding, kennis, inzicht en kritische blik tijdens het maken van de scriptie. Danielle Jansen wil ik bedanken voor haar taken als referent die deze scriptie mede mogelijk gemaakt hebben. Verder wil ik graag mijn vrienden en familie bedanken voor hun steun in de afgelopen periode.

Groningen, 28 augustus 2013

Jantien Remmelink

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding van het onderzoek.....	8
1.2 Onderzoeksvragen.....	9
1.3 Relevantie.....	9
1.3.1 Sociologische relevantie.....	9
1.3.2 Maatschappelijke relevantie.....	10
1.3.3 Wetenschappelijke relevantie.....	10
1.4 Leeswijzer.....	11
2. Het zelfmanagementprogramma STERK	12
2.1 Chronische nierschade.....	12
2.2 Het STERK-programma	12
2.2.1 'Leven met chronische nierschade, handboek voor preventie en zelfzorg' (Zillén & Bergström 2010).....	13
2.2.2 STERK-training.....	13
2.2.3 Training tot STERK-trainer	14
2.3 Verspreiding van het STERK-programma	15
3. Theoretisch kader	16
3.1 Diffusion Of Innovations theorie	16
3.2 Vijf kenmerken van innovaties.....	18
3.2.1. Relatief voordeel.....	18
3.2.2. Inpasbaarheid	19
3.2.3. Complexiteit	20
3.2.4. Mogelijkheid tot uitproberen	20
3.2.5. Observeerbaarheid	20
3.3 Invloed van de sociale omgeving	20
3.4 Conceptueel model.....	22
4. Onderzoeksmethode	23
4.1 Kwalitatief onderzoek.....	23

4.2 Onderzoekspopulatie & onderzoekssample	23
4.3 Opzet semigestructureerd interview	24
4.3.1 <i>Verloop interviews</i>	24
4.4 Data-analyse	24
4.5 Validiteit & betrouwbaarheid	26
5. Resultaten	27
5.1 Kenmerken respondenten	27
5.3 Aanraking van zorgverleners met het STERK-programma	28
5.4 Mening STERK	28
5.5 Relatief voordeel	28
5.5.1 <i>Voordelen patiënten</i>	29
5.5.3 <i>Voordelen sociaal-politieke omgeving</i>	30
5.5.4 <i>Nadelen patiënten</i>	30
5.5.5 <i>Nadeel zorgverlener</i>	30
5.5.6 <i>Nadeel sociaal-politieke omgeving</i>	31
5.5.7 <i>Invloed relatief voordeel</i>	31
5.6 Inpasbaarheid	31
5.6.1 <i>Werkwijze</i>	31
5.6.2 <i>Behoeft/belang</i>	31
5.6.3 <i>Sociaal-culturele waarden en normen</i>	32
5.7 Complexiteit	33
5.8 Mogelijkheid tot uitproberen	34
5.9 Observeerbaarheid	34
5.10 Andere factoren	34
5.11 Overzicht van bevorderende en belemmerende determinanten	35
5.12 Informatie	35
5.13 Tips en aanbevelingen	35
6. Conclusie, discussie en aanbevelingen	37
6.1 Conclusie	37
6.2 Discussie	38
6.3 Kwaliteiten en beperkingen	40

6.3.1 <i>Kwaliteiten</i>	40
6.3.2 <i>Beperkingen & aanbevelingen</i>	41
6.4 Aanbevelingen voor adoptie van het STERK-programma	41
Literatuur	43
Bijlage A: Interviewschema voor STERK-zorgverleners	47
Bijlage B: Interviewschema voor niet-STERK-zorgverleners	50
Bijlage C: Codeerschema	53

Samenvatting

INLEIDING: STERK (STimuleren Eigen Regie en Kwaliteit van leven) is een zelfmanagementprogramma voor patiënten met chronische nierschade. Het STERK-programma wordt in vier ziekenhuizen aangeboden, maar wordt - ondanks interesse van verschillende zorgverleners - (nog) erg beperkt in andere ziekenhuizen gebruikt. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de determinanten die een rol spelen bij de adoptie van het STERK-programma door zorgverleners in de nefrologische praktijk. De hoofdvraag luidt: *Welke determinanten bevorderen of belemmeren de adoptie van het STERK-programma door zorgverleners in de nefrologische praktijk?* In het onderzoek is gebruik gemaakt van de Diffusion of Innovations (DOI) theorie (Rogers, 2003). Deze theorie beschrijft vijf kenmerken van innovaties die de kans op adoptie vergroten: *relatief voordeel* (rv), *inpasbaarheid* (i), *lage mate van complexiteit* (c), *mogelijkheid tot uitproberen* en *observeerbaarheid*.

METHODE: Elf zorgverleners werkzaam binnen de nefrologie (respons 42%) hebben deelgenomen aan een semigestructureerd interview. Vier zorgverleners maken gebruik van het STERK-programma (STERK-zorgverleners) en zeven maken geen gebruik van het STERK-programma (niet-STERK-zorgverleners). De interviews zijn eerst getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met deductief en inductief opgestelde codes.

RESULTATEN: STERK- en niet-STERK-zorgverleners beschrijven als positieve invloed op het gebruik van het STERK-programma: voordelen voor de patiënt (rv), verbeterde samenwerkingsrelatie tussen patiënt en zorgverleners (rv), de behoefte aan en het belang bij een zelfmanagementprogramma van de zorgverleners (i), overeenkomstige werkwijze (i) en dat het STERK-programma een kant-en-klaar programma is (c). STERK-zorgverleners benoemen behoefte aan en het belang (i) bij een zelfmanagementprogramma van (in)directe collega's (nefrologische team en leidinggevendens). STERK- en niet-STERK-zorgverleners beschrijven negatieve invloed op het gebruik van het STERK-programma: tijdsinvestering (rv), financiële investering (rv), geen behoefte aan en geen vraag naar een zelfmanagementprogramma door de patiënt (i), en invloed van de overheid (i). STERK-zorgverleners beschrijven geen behoefte aan en geen belang bij een zelfmanagementprogramma van zorgverleners en hun (in)directe collega's (i). Een keer wordt als belemmerend genoemd dat er (te)veel innovaties zijn waar zorgverleners zich mee bezig moeten houden.

CONCLUSIE: Het STERK-programma heeft niet altijd *relatief voordeel* en is niet altijd *inpasbaar* en dit heeft negatieve invloed op de adoptie van het STERK-programma. Het STERK-programma wordt niet als *complex* beschreven en dit is bevorderend voor de adoptie. *Mogelijkheid tot uitproberen* en *observeerbaarheid* worden niet genoemd als van invloed op de adoptie. Er wordt een determinant genoemd die niet uit de DOI-theorie komt. Niet-STERK-zorgverleners maken geen gebruik van het STERK-programma vanwege financiële middelen, de tijdsinvestering of gebrek aan behoefte aan en belang bij een zelfmanagementprogramma van patiënten en (in)directe collega's en geen invloed van de overheid. De belangrijkste beperking van dit onderzoek is dat de respondentengroep in mindere mate representatief is voor de onderzoekspopulatie. Op basis van de conclusie zijn aanbevelingen gedaan om de adoptie van het STERK-programma te bevorderen.

1. Inleiding

In de inleiding worden de aanleiding (§ 1.1), de hoofdvraag en bijbehorende deelvragen van het onderzoek beschreven (§ 1.2). Vervolgens wordt het belang van het onderzoek weergegeven vanuit sociologisch, maatschappelijk en wetenschappelijk perspectief (§ 1.3). Tot slot wordt in de leeswijzer de opzet van de scriptie besproken (§ 1.4).

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Zelfmanagement is een opkomend begrip in de gezondheidszorg. Vooral bij patiënten met chronische aandoeningen blijkt dat door het stimuleren van zelfmanagement het ziekteverloop stabiel blijft (Lorig & Holman, 2003). Het geeft patiënten met een chronische aandoening handvatten om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. Zelfmanagementprogramma's stimuleren en ondersteunen mensen, om daar waar de patiënt wil en kan zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor zijn ziekte en behandeling.

Er zijn veel verschillende definities van zelfmanagement (Detaille, 2012; Kerngroep Zelfmanagement, 2012; Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol & Schellevis, 2011). Zelfmanagement wordt in deze scriptie gedefinieerd als 'de mate waarin iemand met één of meerdere ziekten en/of beperkingen in staat is om de regie over het eigen leven te behouden tot zover hij of zij wil en kan, door goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, sociale en psychologische gevolgen van de ziekte(n) en/of beperkingen en daarbij horende leefstijlaanpassingen' (Kerngroep Zelfmanagement, 2012, p. 5). Het doel van het stimuleren van zelfmanagement is mensen met een chronische aandoening zo goed mogelijk met hun ziekte leren omgaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt (Kerngroep Zelfmanagement, 2012). Voor de meeste patiënten met een chronische aandoening is zelfmanagement een taak die zij hun leven lang vol moeten houden.

Het ondersteunen van het zelfmanagement van patiënten met een nieraandoening krijgt in toenemende mate aandacht. In de afgelopen jaren is daarom in opdracht van Nierstichting Nederland het zelfmanagementprogramma STERK ontwikkeld. STERK staat voor STimuleren Eigen Regie en Kwaliteit van leven. Het STERK-programma bestaat uit (1) een handboek met informatie over de nierziekte en behandeling, (2) een groepstraining voor patiënten en (3) een training tot STERK-trainer voor zorgverleners.

Het STERK-programma wordt sinds 2012 in vier ziekenhuizen aangeboden en geëvalueerd met een gerandomiseerde studie (Nierstichting Nederland, 2011). Deze ziekenhuizen zijn het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) en de Isala Klinieken te Zwolle. Zorgverleners en patiënten die met het programma werken zijn zeer enthousiast over het programma en zorgverleners hebben aangegeven de training na de onderzoeksfase te willen blijven gebruiken. Het handboek en het bijbehorende draaiboek voor het aanbieden van de groepstraining wordt door Nierstichting Nederland ook ter beschikking gesteld aan zorgverleners in andere

ziekenhuizen. Op dit moment wordt door verschillende zorgverleners wel interesse getoond in het programma, maar hebben echter nog weinig zorgverleners de beslissing genomen om hier ook daadwerkelijk mee aan de slag te gaan. De langzame adoptie van het STERK-programma is aanleiding van dit onderzoek.

1.2 Onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de determinanten die een rol spelen bij de adoptie van het STERK-programma door zorgverleners in de nefrologische praktijk. De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt:

Welke determinanten bevorderen of belemmeren de adoptie van het STERK-programma van zorgverleners in de nefrologische praktijk?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1) In hoeverre zijn zorgverleners op de hoogte van het bestaan van het STERK-programma en hebben zij toegang tot informatie over het programma?
- 2) Wat is het oordeel van zorgverleners over zelfmanagement in het algemeen en het STERK-programma in het bijzonder?
- 3) Welke determinanten bepalen of een zorgverlener een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma wel of niet wil adopteren?

1.3 Relevantie

Om aan te geven waarom dit onderzoek van belang is, wordt de sociologische, maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie uiteengezet.

1.3.1 Sociologische relevantie

In de (medische) sociologie zijn gezondheid en kwaliteit van leven van individuen belangrijke items. Onderzoek naar de adoptie van het STERK-programma is sociologisch relevant, omdat het STERK-programma een gezondheidszorginnovatie is die de mogelijkheid biedt de gezondheid en de kwaliteit van leven van nefrologische patiënten in stand te houden.

De sociologie richt zich daarnaast op theorie-gestuurd onderzoek naar mensen en hun gedrag in een sociale omgeving. In dit onderzoek wordt het gedrag van zorgverleners in de nefrologische praktijk - de beslissing van de zorgverlener om wel of niet gebruik te maken van het STERK-programma - onderzocht met de Diffusion of Innovations (DOI) theorie (Rogers, 2003). Hierbij wordt gekeken naar sociale invloeden van verschillende niveaus op dit gedrag, namelijk de invloed van patiënten, (in)directe collega's en de sociaal-politieke omgeving.

1.3.2 Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant, omdat zelfmanagementprogramma's kunnen leiden tot een betere gezondheid van patiënten en hierdoor een oplossing kunnen bieden voor problemen in de gezondheidszorg. In Nederland zijn 4,5 miljoen mensen met één of meerdere chronische aandoeningen en bij 1,3 miljoen is sprake van comorbiditeit (Kerngroep Zelfmanagement, 2012). Verwacht wordt dat deze aantallen met 30 tot 70 procent zijn gestegen in 2025. De kosten voor het aantal chronisch zieken in Nederland zijn hoog (Engels & Kistemaker, 2009; Kerngroep Zelfmanagement, 2012; Ursum et al., 2011). Naast de kosten voor de gezondheidszorg moet ook gedacht worden aan de kosten van ziekteverzuim en verminderde efficiëntie tijdens het werk. De gezondheidskosten in combinatie met krimp in de beroepsbevolking zorgt ervoor dat als de zorg op de huidige manier wordt voortgezet er in 2025 niet voldoende professionele zorg is voor het aantal (chronisch) zieken. Hoewel het belangrijkste doel van het bevorderen van zelfmanagement is dat het leidt tot kwalitatief hoogwaardige zorg, zijn belangrijke neveneffecten dat de arbeidsproductiviteit kan worden verhoogd en de zorgkosten worden gereduceerd (Kerngroep Zelfmanagement, 2012).

Onderzoek wijst uit dat zelfmanagementondersteuning positieve effecten heeft op de gezondheid van patiënten (Ursum et al., 2011). Voorbeelden hiervan zijn een verminderd aantal ziekenhuis- of spoedopnames bij COPD- of astmapatiënten, een verminderd aantal heropnames bij hartfalenpatiënten en verbetering van bloedwaarden, lichaamsgewicht, specifieke ziektekennis en medicatiegebruik bij diabetespatiënten. Dit is voor zowel de patiënt als voor de maatschappij gunstig.

Patiënten geven tevens aan meer regie te willen (Kerngroep Zelfmanagement, 2012). Door middel van een zelfmanagementprogramma kunnen patiënten bij wie de motivatie en/of kennis en vaardigheden voor adequaat zelfmanagement ontbreken, ondersteund worden om regie te behouden over hun leven en behandeling (Ursum et al., 2011). Door het toepassen van zelfmanagement ontvangen patiënten kwalitatief betere zorg en hebben ze een betere kwaliteit van leven.

1.3.3 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant, omdat het bijdraagt aan de kennis over de determinanten die de adoptie van een zelfmanagementprogramma beïnvloeden. Er is de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar adoptie van innovaties in de gezondheidszorg, maar weinig tot geen onderzoek naar de adoptie van zelfmanagementprogramma's (De Haas, 2009; Fleuren, Wiefferink & Paulussen, 2004; Fleuren, Paulussen, van Dommelen & Van Buuren, 2012; Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate & Kyriakidou, 2004; Kroon & Zwier, 2012). Een reden hiervoor is dat zelfmanagement een relatief nieuw begrip is in de gezondheidszorg (Lorig & Holman, 2008).

1.4 Leeswijzer

Het doel van het onderzoek is om de determinanten die invloed hebben op de adoptie van het STERK-programma in kaart te brengen. Hoofdstuk 2 biedt een beschrijving van het STERK-programma. Hoofdstuk 3 bevat het theoretisch kader, gebaseerd op de Diffusion of Innovations theorie (Rogers, 2003). In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 de resultaten van het onderzoek uiteengezet. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 6, worden de conclusie, discussie, kwaliteiten en beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen beschreven.

2. Het zelfmanagementprogramma STERK

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het STERK-programma. Eerst wordt kort toegelicht wat chronische nierschade is en wat de behandeling hiervan inhoudt (§ 2.1). Vervolgens wordt het STERK-programma toegelicht (§ 2.2). Tot slot wordt beschreven hoe het STERK-programma op dit moment verspreid wordt (§ 2.3).

2.1 Chronische nierschade

De nieren hebben een belangrijke functie in het lichaam (Zillén & Bergström, 2010). Ze zijn een soort ‘filter’ voor het bloed en scheiden afvalstoffen uit waardoor ze het bloed reinigen. Hiernaast regelen de nieren onder andere de zout-water balans, de bloeddruk en het kaliumgehalte. Deze functies zijn van belang voor een goede gezondheid. Verschillende (nier)ziekten kunnen chronische nierschade veroorzaken. Voorbeelden hiervan zijn Diabetes Mellitus (suikerziekte), chronische nierontsteking en hoge bloeddruk. Door de ziekte gaan de filters in de nieren kapot en worden geen afvalstoffen meer uit het bloed gehaald. De overgebleven gezonde filters moeten harder werken om het bloed te filteren en dit kan blijvende schade veroorzaken.

Wanneer sprake is van chronische nierschade is het belangrijk om afname van de nierfunctie te vertragen of te voorkomen (Zillén & Bergström, 2010). Ook is het belangrijk om risicofactoren voor afname van de nierfunctie te voorkomen of verminderen. Daarnaast is het van belang om de symptomen van de chronische nierschade te behandelen waardoor de patiënt zich beter voelt. Maatregelen voor patiënten met chronische nierschade om verdere nierschade te voorkomen zijn behandeling van een te hoge bloeddruk (verantwoord zoutgebruik en/of medicijnen), vermindering van een verhoogde eiwituitscheiding in de urine (met zoutbeperking en/of medicijnen), verantwoord eiwitgebruik, niet roken, gezond gewicht en voorkomen van het gebruik van medicijnen die slecht zijn voor de nieren (zogenoemde NSAID's, zoals diclofenac, ibuprofen en naproxen). Patiënten kunnen bij deze maatregelen zelf een grote rol spelen en het STERK-programma biedt hier ondersteuning bij.

2.2 Het STERK-programma

STERK is een zelfmanagementprogramma ontwikkeld door het UMCG voor patiënten met chronische nierschade, ter bevordering van hun zelfmanagement. Het STERK-programma bestaat uit het handboek ‘Leven met chronische nierschade, handboek voor preventie en zelfzorg’ (Zillén & Bergström, 2010), een groepstraining voor patiënten met chronische nierschade stadium 1-4 en een training tot STERK-trainer voor zorgverleners. Deze hulpmiddelen worden hieronder toegelicht.

2.2.1 'Leven met chronische nierschade, handboek voor preventie en zelfzorg' (Zillén & Bergström 2010)

Het handboek voor patiënten is geschreven door de Zweedse nierpatiënt Per Åke Zillén (Zillén & Bergström, 2010). Het boek bevat informatie over hoe Zillén in staat is geweest zijn nierfunctie jarenlang stabiel te houden. Vanuit de gedachte dat het om Zijn lichaam, Zijn ziekte en Zijn verantwoordelijkheid gaat, heeft hij zijn leefstijl aangepast, zodat hij zijn nierfunctie een aantal jaren stabiel kon houden en hiermee niertransplantatie uit kon stellen. In het handboek beschrijft Zillén hoe hij door verantwoordelijkheid te nemen in het managen van zijn ziekte in staat is geweest zijn nierfunctieachteruitgang te stoppen. Dit handboek is in 2010 vertaald naar het Nederlands en aangepast aan de richtlijn Chronische Nierschade 2009.

Het handboek kan door patiënten, familieleden en zorgverleners gebruikt worden als instrument om zelfmanagement te ondersteunen en stimuleren (Nierstichting Nederland, 2012a; Zillén & Bergström, 2010). Het toepassen van zelfmanagement kan de achteruitgang van de nierfunctie mogelijk vertragen en eventueel een nierfunctievervangende behandeling uitstellen. Het handboek biedt handvatten om patiënten op een actieve manier met hun ziekte om te laten gaan. Nierstichting Nederland biedt het handboek gratis aan patiënten aan (Nierstichting Nederland, 2012a).

2.2.2 STERK-training

De training wordt aangeboden aan patiënten met progressief chronische nierschade die onder behandeling zijn van een nefroloog (Nierstichting Nederland, 2012b). Het gaat hierbij om patiënten bij wie geen sprake is van een niervervangende behandeling zoals dialyse of niertransplantatie.

De STERK-training bestaat uit vier bijeenkomsten en één terugkombijeenkomst (Nierstichting Nederland, 2012b). De bijeenkomsten duren elk twee uren en vinden met een tussenperiode van twee à drie weken plaats. In elke bijeenkomst staat een thema centraal en wordt aan de nierpatiënten geadviseerd de bijbehorende hoofdstukken uit het handboek door te lezen. Alle bijeenkomsten worden begeleid door de (gespecialiseerd) verpleegkundige, in samenwerking met achtereenvolgens een nefroloog, een diëtist en een maatschappelijk werker. Voor de training worden zes tot acht patiënten met hun partner uitgenodigd.

Voor de zorgverleners bestaat het 'Draaiboek voor zorgverleners' die de relatief gedetailleerde structuur voor de vier bijeenkomsten en voor de terugkombijeenkomst weergeeft (Nierstichting Nederland, 2012b). In het draaiboek worden de thema's van de bijeenkomsten aangegeven en een indicatie van de tijd die voor elk onderdeel genomen kan worden. Het draaiboek is bedoeld als handvat voor de zorgverleners en zorgt dat de voorbereiding voor de zorgverleners tot het minimum beperkt blijft. Het draaiboek bevat een cd-rom met de formulieren en Power-Pointpresentaties die gebruikt kunnen worden voor de bijeenkomsten. Ook wordt in de Appendix van het draaiboek informatie aangeboden om groepsdynamica en motiverende gespreksvoering te bevorderen.

De STERK-bijeenkomsten zijn gericht op de verbetering van de eigen regie van de nierpatiënt (Nierstichting Nederland, 2012b). Zelfmanagement vereist een rolverandering bij de patiënt. Van de patiënten wordt namelijk verwacht dat zij een meer actieve rol aannemen bij het omgaan met hun chronische ziekte. Dit wordt gestimuleerd door te focussen op vier aspecten, namelijk het weten, willen, kunnen en doen van de nierpatiënten. De bijeenkomsten zijn zodanig opgebouwd dat de nierpatiënten eerst bewust worden gemaakt van hun ziekte en het eventuele risicogedrag dat bij deze ziekte hoort. Vervolgens wordt ingegaan op het aanleren van vaardigheden om eventueel risicogedrag te veranderen. Dit wordt gedaan met behulp van verschillende methoden zoals het nadenken over de voor- en nadelen van gedrag, het stellen van een zelf gekozen doel, het werken met een actieplan en het in kaart brengen van hindernissen en hulpbronnen voor het realiseren van het doel.

Drie maanden na de vierde bijeenkomst wordt een terugkombijeenkomst georganiseerd (Nierstichting Nederland, 2012b). In deze laatste bijeenkomst wordt vooral gefocust op hoe het de afgelopen maanden met de patiënten gegaan is. Ook biedt deze bijeenkomst ruimte voor onderwerpen die de nierpatiënten nog graag willen bespreken en wordt aandacht besteed hoe het voorgenomen gedrag vastgehouden kan worden.

In het STERK-programma wordt gebruik gemaakt van Mijnnierinzicht.nl, een e-health applicatie om zelfmanagement te stimuleren (Mijnnierinzicht, 2012; Nierstichting Nederland, 2012b). De site biedt mogelijkheden om gegevens bij te houden over bijvoorbeeld voeding, bloeddruk en deze in de tijd te volgen. Tevens kan men met behulp van de website doelen opstellen met betrekking tot onder andere voeding en beweging. De patiënt kan zorgverleners ook toestemming geven de ingevoerde informatie in te zien en daarover te communiceren. Mijnnierinzicht.nl is ontworpen om verschillende zelfmanagementprojecten voor nierpatiënten te ondersteunen.

2.2.3 Training tot STERK-trainer

Het ondersteunen van zelfmanagement vereist van de zorgverlener een andere manier van werken (Kerngroep Zelfmanagement, 2012). De zorgverlener heeft geleerd een verzorgende rol te hebben in de zorg rondom de patiënt en moet zichzelf nu aanleren een meer coachende en ondersteunende rol aan te nemen. Om zorgverleners te ondersteunen bij het werken met de STERK-training heeft de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen de ‘training tot STERK-trainer’ ontwikkeld (Nierstichting Nederland, 2012b). Binnen de training leren zorgverleners hoe zij de eigen regie van patiënten kunnen ondersteunen. De aandacht wordt gevestigd op het ondersteunen en versterken van de eigen verantwoordelijkheid bij de patiënten.

Om patiënten te ondersteunen bij het nemen van de eigen regie, wordt binnen de training aandacht besteed aan het gebruik van Motiverende Gespreksvoering, ook wel *Motivational Interviewing* (MI) genoemd. Bij deze persoonsgerichte gespreksstijl wordt de patiënt gestimuleerd om zelf mee te denken over zijn behandelkeuze. Uit onderzoek blijkt dat MI gedragsverandering stimuleert, doordat het de intrinsieke

motivatie van patiënten aanspreekt (Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen [NISB], 2011; Nierstichting Nederland, 2012b). Verder besteedt de training aandacht aan het stimuleren van interactie en het geven van feedback om groepsdynamische processen te bevorderen.

2.3 Verspreiding van het STERK-programma

De implementatiestrategie van het STERK-programma is op dit moment informatief (Van der Niet & Friele, 2011). Dit houdt in dat informatie over het STERK-programma wordt verspreid om ervoor te zorgen dat zorgverleners in de nefrologische praktijk er kennis van nemen. Informatie over het STERK-programma is op verschillende manieren verspreid. Door het UMCG zijn verschillende pogingen ondernomen om de naamsbekendheid van het STERK-programma te vergroten. Dit is onder andere gedaan door workshops/presentaties te geven op de Nederlandse Nefrologie Dagen en bij verschillende beroepsverenigingen. Daarnaast is informatie verspreid via NierNieuws (niernieuws.nl, een website met het laatste nieuws over nieren en nieraandoeningen), in het Dialyse & Nefrologie Magazine, in het Nederlands Tijdschrift voor Nefrologie en in de Polsslag (het nieuwsblad van het UMCG). Tevens wordt op de site van de Nierstichting Nederland (nierstichting.nl) informatie voor zorgverleners en patiënten aangeboden over het STERK-programma. Hier wordt aangegeven hoe het handboek en draaiboek besteld kunnen worden en hoe de zorgverleners deel kunnen nemen aan de training tot STERK-trainer.

Door de informatieverbreiding over het STERK-programma is er inmiddels één ander ziekenhuis dat gebruik maakt van het STERK-programma. In het volgende hoofdstuk wordt nagegaan welke determinanten mogelijk van invloed zijn op het wel of niet willen gebruik maken van het STERK-programma.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch model beschreven dat als leidraad functioneert voor dit onderzoek: de Diffusion Of Innovations (DOI) theorie van Rogers (2003). Eerst wordt de theorie toegelicht en wordt uitgelegd waarom voor deze theorie gekozen is (§ 3.1). Hierna worden vijf kenmerken van innovaties toegelicht die volgens het *innovation-decision process* invloed hebben op adoptie van een innovatie van innovaties (§ 3.2). Het *innovation-decision process* beschrijft de patronen bij adoptie van innovaties en het adoptiemechanisme. Tevens worden per kenmerk determinanten die in de literatuur gevonden zijn toegelicht. Ter aanvulling op de DOI theorie wordt de invloed van de sociale omgeving op de adoptie van een innovatie bestudeerd (§ 3.3). Tot slot worden de determinanten in een conceptueel model weergegeven (§ 3.4).

3.1 Diffusion Of Innovations theorie

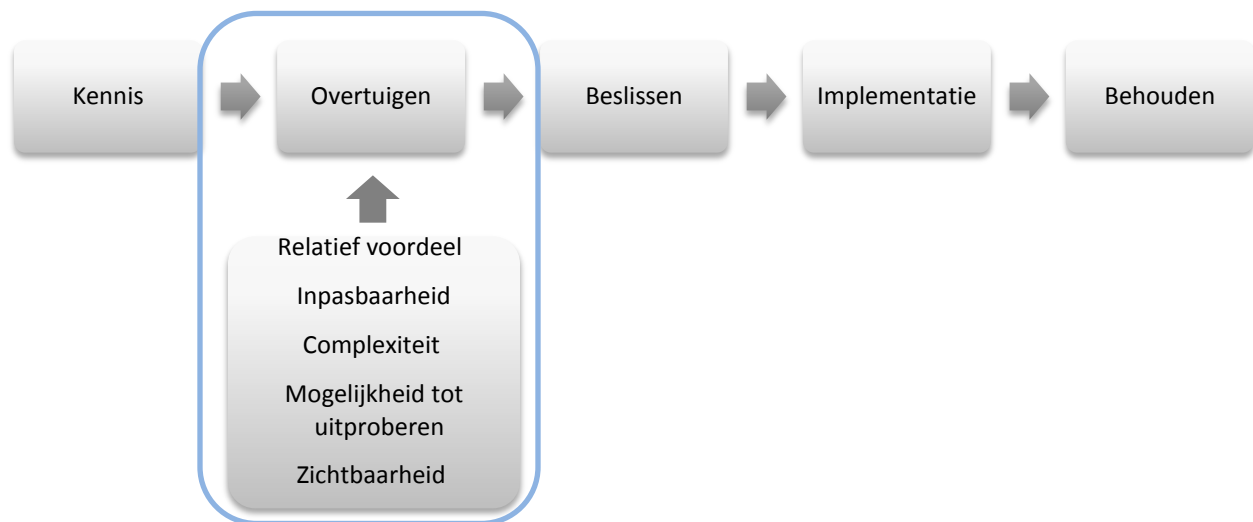
Als theoretisch kader wordt de Diffusion of Innovations (DOI) theorie gebruikt (Rogers, 2003). Voor deze theorie is gekozen, omdat deze helpt inzicht te krijgen in de determinanten die een rol spelen bij de adoptie van een innovatie. Deze theorie wordt in adoptieonderzoek naar innovaties in de gezondheidszorg vaker gebruikt om de bevorderende en belemmerende determinanten te bepalen (Lee, 2004; Scott, Plotnikoff, Karunamuni, Bize & Rodgers, 2008). Adoptie wordt door Rogers (2003) als volgt gedefinieerd: “Adoptie is de beslissing om daadwerkelijk gebruik te gaan maken van de innovatie” (p.20).

Andere theorieën die gebruikt worden voor onderzoek naar het gebruik van innovaties zijn het ASE-model en het Technology Acceptance Model (Nijhof, 2007). Het ASE-model gaat er vanuit dat de intentie van iemand om bepaald gedrag te vertonen invloed heeft op het uiteindelijke gedrag (De Vries, Dijkstra & Kuhlmann, 1988). De intentie van iemand tot gedragsverandering wordt bepaald door zijn attitude (A), de sociale invloed (S) en zijn eigen effectiviteit (E). Het Technology Acceptance Model wordt gebruikt om acceptatie en het gebruik van technieken te voorspellen (Davis, 1989). Aangezien deze theorieën, in tegenstelling tot de DOI-theorie, niet specifiek ingaan op de adoptie van innovaties is gekozen om van de DOI-theorie (Rogers, 2003) gebruik te maken,

De Diffusion Of Innovations (DOI) theorie gaat in op de diffusie van innovaties (Rogers, 2003). Diffusie is een proces waarin een innovatie door middel van verschillende kanalen (zoals massamedia of interpersoonlijk) wordt overgebracht. Dit proces vindt plaats tussen leden van een sociaal systeem en binnen een bepaalde tijd. Diffusie van het STERK-programma heeft plaatsgevonden doordat de ontwikkelaars actief informatie over het STERK-programma hebben verspreid (zie § 3.4). Om inzicht te krijgen in mechanismen die een rol spelen bij het al dan niet adopteren van het STERK-programma door zorgverleners, wordt het adoptieproces nader bestudeerd.

Volgens Rogers (2003) verloopt het adoptieproces in vijf fasen, genaamd het *innovation-decision process*. De eerste fase is de *kennisfase*. In deze fase maken de individuen kennis met de innovatie en leren zij waarvoor ze de innovatie kunnen gebruiken. In de tweede fase, de *overtuigingsfase*, zoeken de individuen actief naar informatie over de innovatie en worden voor- en nadelen van de innovatie afgewogen. Op basis van de verkregen informatie verwerven zij een positieve dan wel negatieve attitude betreffende de innovatie. De derde fase is de *beslissingsfase* waarin adoptie of afwijzing van de innovatie plaatsvindt. In de vierde fase, de *implementatiefase*, wordt de innovatie ingevoerd en gebruikt. In deze fase wordt bepaald welk effect de innovatie heeft in de organisatie. In de laatste fase, de *continueringfase*, wordt bepaald of de innovatie blijvend ingezet wordt.

Dit onderzoek concentreert zich op de overtuigingsfase, omdat zorgverleners in deze fase een mening vormen over het STERK-programma en vervolgens op basis van die mening de beslissing nemen om wel of niet te adopteren. Rogers (2003) noemt vijf kenmerken van innovaties die een rol spelen binnen de overtuigingsfase, dit zijn: relatief voordeel, inpasbaarheid, complexiteit, mogelijkheid tot uitproberen en observeerbaarheid (Figuur 3.1). De kans op adoptie neemt toe wanneer er sprake is van een grote mate van relatief voordeel en inpasbaarheid, lage complexiteit, de mogelijkheid bestaat tot uitproberen en er zichtbare resultaten zijn. De vijf kenmerken worden in de volgende paragraaf toegelicht.



Figuur 3.1 Schematische weergave van het *innovation-decision process* en de vijf kenmerken van een innovatie die invloed hebben op de overtuigingsfase (Rogers, 2003).

3.2 Vijf kenmerken van innovaties

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de vijf kenmerken van een innovatie beschreven die volgens Rogers (2003) invloed hebben op de adoptie van innovaties: relatief voordeel, inpasbaarheid, complexiteit, mogelijkheid tot uitproberen en observeerbaarheid. Op basis van literatuur wordt per kenmerk nagegaan welke determinanten mogelijk invloed hebben op het wel of niet willen gebruiken van het STERK-programma. Dit wordt gedaan voor de volgende gebruikersgroepen: zorgverleners, patiënten en de sociaal-politieke omgeving. Er wordt gekeken naar verschillende gebruikersgroepen, omdat de adoptiebeslissing niet alleen genomen wordt door individuen, maar ook door organisaties of andere typen gebruikersgroepen (Rogers, 2003).

3.2.1. Relatief voordeel

Relatief voordeel is de mate waarin zorgverleners de innovatie als een voordeel ervaart ten opzichte van de bestaande praktijk (Rogers, 2003). De mate van relatief voordeel wordt meestal uitgedrukt in economisch rendement, sociale prestige, gemak, tevredenheid, tijdwinst en verhoging van het werkplezier.

Volgens Rogers (2003) worden innovaties sneller geadopteerd wanneer zij een duidelijk en eenduidig voordeel hebben ten opzichte van de huidige situatie. Dit voordeel is ook terug te zien in meerdere onderzoeken naar adoptie van innovaties in de gezondheidszorg (Greenhalgh et al., 2004; Scott et al., 2008). Er wordt gesteld dat relatief voordeel *sine qua non* is voor de adoptie van een innovatie (Scott et al., 2008). Dit betekent dat er geen adoptie plaatsvindt indien een gebruiker geen voordeel ziet in het gebruik van de innovatie.

Uit de literatuur blijkt ook dat het ervaren van relatief voordeel van invloed is op de adoptie van een zelfmanagementprogramma (De Haas, 2009; Kroon & Zwier, 2012). Er zijn verschillende manieren waarop het relatieve voordeel zich voor zorgverleners kan voordoen: het kan allereerst het professionele handelen vergroten (Van Suylekom, Donders & Van der Gulden, 2010). Dit voordeel wordt genoemd door eerstelijns zorgverleners naar aanleiding van een zelfmanagementprogramma voor het stimuleren van de maatschappelijke participatie, zelfregie en onafhankelijkheid bij patiënten met een langdurige aandoening (Van Suylekom et al., 2010). Zij ervaren dit voordeel, omdat zij binnen het zelfmanagementprogramma meer tijd en mogelijkheden krijgen om te ontdekken wat de patiënt wil bereiken (Van Suylekom et al., 2010). Daarnaast kan het tijdbesparend zijn, omdat chronisch zieke patiënten hun ziekte meer zelf managen (Engels & Dijcks, 2010; NISB, 2011; TNO, 2010). Het besparen van tijd is een voordeel voor zorgverleners, omdat zij het vaak druk hebben met activiteiten en taken in de zorg (Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement [LAZ], 2010).

De relatieve voordelen van een zelfmanagementprogramma dat op organisatie niveau kan worden ervaren is dat het op termijn kan resulteren in kosten- en tijdbesparing (Engels & Dijcks, 2010; NISB, 2011; TNO, 2010). Deze twee voordelen ontstaan doordat patiënten - indien het zelfmanagementprogramma

succesvol is - minder gebruik maken van de gezondheidszorg. Vooral in een tijd dat er een tekort aan zorgpersoneel is en verwacht wordt dat het zorggebruik zal toenemen door een toename van het aantal chronisch zieken is dit een welkome ontwikkeling (Jansen, Spreeuwenberg & Heijmans, 2012).

Een voordeel die door patiënten wordt ervaren is dat het welzijn, de kwaliteit van leven en de *self-efficacy* wordt verhoogd (Engels & Dijcks, 2010; Henkemans, Molema, Franck & Otten, 2010; NISB, 2011; Pijpers, 2012). Tevens geven patiënten aan dat zij na het volgen van een zelfmanagementprogramma vaardiger, weerbaarder en mondiger zijn, meer zelfvertrouwen en eigenwaarde ervaren en beter participeren dan voor de deelname aan het zelfmanagementprogramma (Engels & Dijcks, 2010).

Naast voordelen kunnen er ook nadelen aan een zelfmanagementprogramma verbonden zijn voor de zorgverleners en de organisatie waarin de zorgverleners werken die invloed kunnen hebben op de adoptie. In de literatuur wordt een tekort aan financiële middelen en beschikbare tijd als belemmerende factoren voor de adoptie van een zelfmanagementprogramma genoemd (De Haas, 2009; Kroon & Zwier, 2012; Engels & Dijcks, 2010).

3.2.2. Inpasbaarheid

Inpasbaarheid duidt op de mate waarin een innovatie overeenkomt met heersende waarden, behoeften en vroegere ervaringen van de zorgverleners (Rogers, 2003). Het kenmerk inpasbaarheid bestaat uit drie dimensies. De eerste dimensie richt zich op de bestaande *werkwijze*. Wanneer de bestaande werkwijze overeenkomt met de werkwijze die nodig is voor het werken met de innovatie dan vergroot dit de kans op adoptie. Uit de literatuur blijkt dat wanneer de werkwijze van het zelfmanagementprogramma overeenkomt met de bestaande werkwijze van de organisatie dit bevorderend is voor de adoptie (De Haas, 2009). Een voorbeeld van een bestaande werkwijze is dat zorgverleners in hun werk het zelfmanagement bij patiënten al stimuleren.

De tweede dimensie is de mate waarin de zorgverleners *behoefte* hebben aan de innovatie (Rogers, 2003). Naarmate de behoefte van bijvoorbeeld de zorgverleners aan een zelfmanagementprogramma groter is, wordt de kans op adoptie groter. Uit de literatuur blijkt dat het zorgverleners ontbreekt aan kennis over het belang en de meerwaarde van zelfmanagement (Engels & Dijcks, 2010; LAZ, 2010). Dit kan de behoefte van zorgverleners aan een zelfmanagementprogramma negatief beïnvloeden.

De derde dimensie richt zich op de *sociaal-culturele waarden en normen* van de zorgverleners (Rogers, 2003). Wanneer de innovatie aansluit op de heersende sociaal-culturele normen en waarden van de zorgverleners (zoals aandacht voor zelfmanagement) is de kans op adoptie groter. De sociaal-culturele waarden en normen ten aanzien van het stimuleren van zelfmanagement kunnen worden beïnvloed door de sociale omgeving (Elchardus, 2007). De sociale omgeving wordt verder beschreven in paragraaf 3.3.

3.2.3. Complexiteit

Complexiteit is de mate waarin een innovatie wordt waargenomen als moeilijk te begrijpen en te gebruiken door zorgverleners (Rogers, 2003). Als een innovatie wordt bestempeld als ‘makkelijk te begrijpen’ en ‘simpel in gebruik’ heeft het meer kans om geadopteerd te worden dan wanneer een innovatie als complex wordt bestempeld.

Complex aan een zelfmanagementprogramma kan zijn dat bij zorgverleners en patiënten rolverandering nodig is. De zorgverlener heeft geleerd een verzorgende rol te hebben in de zorg rondom de patiënt en moet zichzelf nu aanleren een meer coachende en ondersteunende rol in te nemen. Het idee is dat de zorgverlener aandacht krijgt voor de chronisch zieke patiënt als een samenwerkingspartner met eigen ideeën en inzichten (Kerngroep Zelfmanagement, 2012; Lorig & Holman, 2003). Patiënten leren een meer actieve rol aan te nemen bij het omgaan met hun chronische ziekte, in plaats van dat zij zich afhankelijk opstellen ten opzichte van de zorgverlener (Kerngroep Zelfmanagement, 2012). Het blijkt voor zorgverleners en patiënten niet altijd eenvoudig om deze nieuwe rol aan te nemen (“Zelfmanagement astma en COPD moeilijk”, 2012; Pijpers, 2012).

3.2.4. Mogelijkheid tot uitproberen

Met de mogelijkheid tot uitproberen wordt de mate bedoeld waarin de zorgverleners met de innovatie kunnen experimenteren voordat de innovatie definitief wordt ingevoerd (Rogers, 2003). Wanneer de zorgverleners de mogelijkheid hebben om met een innovatie te experimenteren, heeft dit positieve invloed op de adoptie. Er is geen literatuur gevonden waarin is beschreven of dit kenmerk invloed heeft op de adoptie van een zelfmanagementprogramma.

3.2.5. Observeerbaarheid

Observeerbaarheid wordt aangeduid als de mate waarin de resultaten van de innovatie zichtbaar zijn voor de zorgverleners (Rogers, 2003). Wanneer potentiële gebruikersgroepen goed kunnen zien wat de resultaten van een innovatie zijn dan zullen zij - indien de resultaten positief zijn - sneller geneigd zijn om tot adoptie over te gaan, dan wanneer de resultaten niet duidelijk zijn.

In literatuur over de invoering van een zelfmanagementprogramma blijkt de zichtbaarheid van de uitkomsten van zelfmanagementprogramma positieve invloed te hebben op de adoptie (De Haas, 2009). Het zichtbaar maken van resultaten kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door het plaatsen van artikelen in tijdschriften, ziekenhuiskrantjes of het verspreiden van flyers (Grol & Wensing, 1966; ZonMW, 2011).

3.3 Invloed van de sociale omgeving

Naast de vijf besproken kenmerken van innovaties kan de sociale omgeving ook invloed hebben op de adoptie van innovaties van de zorgverleners (Azjen, 1991; Van den Bulte & Lilien, 2001; Van den Bulte &

Wuyts, 2007). De toenemende interesse van patiëntenorganisaties, burgers, zorgverleners, beleidsmakers en de overheid in zelfmanagement kan de adoptie van een zelfmanagementprogramma beïnvloeden (Kerngroep Zelfmanagement, 2012; Ulrum et al., 2011; Zorg en Financiering, 2011; Van Oirschot, Soonieus, Bake, & Kroon, 2010). Daarom wordt in dit onderzoek ook gekeken naar de invloed van de sociale omgeving op de adoptie van een zelfmanagementprogramma.

Om de invloed van de sociale omgeving op de adoptie van een innovatie in kaart te brengen worden een aantal determinanten uit het MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) beschreven (Fleuren et al., 2012). Het MIDI is een checklist die bestaat uit determinanten die invloed hebben op het succesvolle gebruik van zorginnovaties. De checklist onderscheidt verschillende niveaus van de sociale omgeving. Achtereenvolgens worden de determinanten op de niveaus van de patiënt, (in)directe collega's en de sociaal-politieke omgeving besproken.

Op het niveau van de patiënt wordt de mate waarin de zorgverlener verwacht dat de patiënt (1) tevreden is over en (2) zal meewerken aan de innovatie genoemd als beïnvloedende determinanten op de adoptie van een innovatie (Fleuren et al., 2012). Het gaat hierbij niet om de daadwerkelijke tevredenheid en medewerking, maar om de verwachting van de zorgverlener op voorhand. Uit onderzoek blijkt dat deze twee determinanten bevorderend zijn voor de adoptie van een zelfmanagementprogramma (De Haas, 2009).

Op het niveau van (in)directe collega's worden de sociale steun, de descriptieve en de subjectieve norm genoemd als beïnvloedende determinanten op de adoptie van een innovatie (Fleuren et al., 2012). Sociale steun wordt gedefinieerd als: "Steun die de gebruiker ervaart of verwacht met betrekking tot het gebruik van de innovatie, bijvoorbeeld van collega's, andere professionals waarmee men samenwerkt, leidinggevende of management." (Fleuren et al., 2012, p. 10). Met de descriptieve norm wordt het waargenomen gedrag van collega's bedoeld. Oftewel, de mate waarin collega's (in andere ziekenhuizen) de innovatie gebruiken. De subjectieve norm bestaat uit de gepercipieerde verwachting van anderen over het gebruik van de innovatie (*normative beliefs*) en de mate waarin iemand geneigd is zich iets aan te trekken van de verwachtingen van belangrijke anderen (*motivation to comply*). Met belangrijke anderen worden collega's binnen en buiten de organisatie, directe leidinggevende en het management bedoeld. Volgens Fleuren et al. (2012) neemt de kans dat de innovatie wordt geadopteerd toe naarmate meer collega's met de innovatie werken en de zorgverlener meer steun ervaart. Echter, in onderzoek van De Haas (2009) naar adoptie van een zelfmanagementprogramma worden waargenomen gedrag van collega's, steun van collega's en de directe leidinggevende niet als beïnvloedende determinanten genoemd. Een reden hiervoor kan zijn dat de zorgverleners in dit onderzoek hebben gegeven deze determinanten niet gemist te hebben en daarom niet als beïnvloedend ervaren hebben (De Haas, 2009). Over de invloed van de subjectieve norm op adoptie van een zelfmanagementprogramma is geen literatuur gevonden.

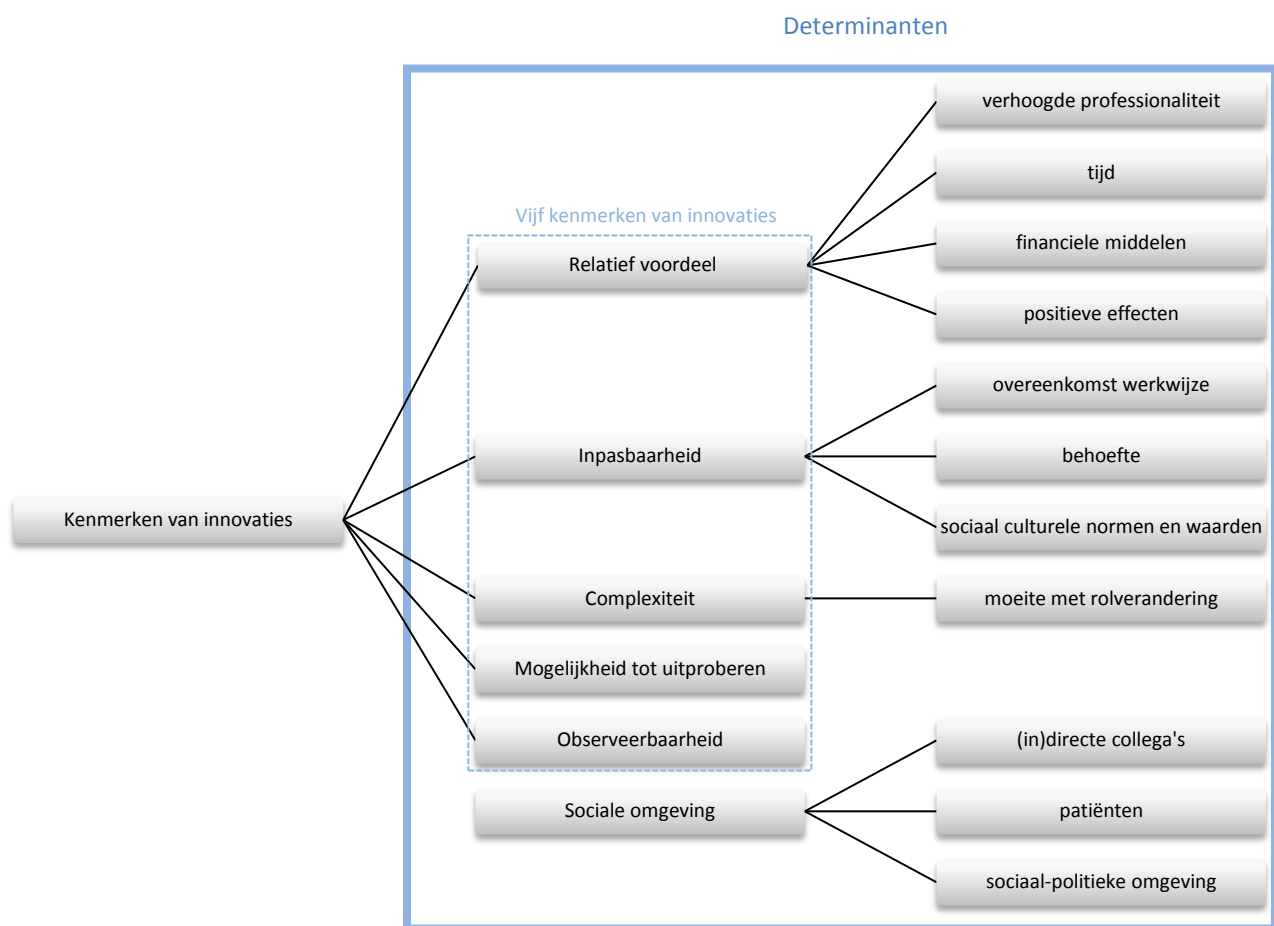
Er zijn ook determinanten op het niveau van de sociaal-politieke omgeving die invloed hebben op de adoptie van een innovatie (Berwick, 2003; Fleuren et al., 2012). Met de sociaal-politieke omgeving wordt de

Nederlandse gezondheidszorg bedoeld (Berwick, 2003; Fleuren et al., 2012). Dit omvat onder meer wet- en regelgeving, ontwikkelingen binnen beroepsgroepen en innovativiteit van de organisatie (Berwick, 2003; Fleuren et al., 2012; Wensing et al., 2010). In onderzoek naar adoptie van een zelfmanagementprogramma wordt genoemd dat de wet- en regelgeving matige invloed hebben op adoptie van een zelfmanagementprogramma (De Haas, 2009).

Zoals hierboven beschreven blijkt uit een onderzoek naar de adoptie van een zelfmanagementprogramma dat (in)directe collega's en de sociaal-politieke omgeving geen of weinig invloed hebben (De Haas, 2009). Het MIDI ziet deze determinanten echter wel als invloedrijk wanneer het over adoptie van zorginnovaties in het algemeen gaat (Fleuren et al., 2012). Om hier duidelijkheid over te verkrijgen worden de determinanten op deze twee niveaus meegenomen in dit onderzoek.

3.4 Conceptueel model

Naar aanleiding van de theorie en literatuurstudie kunnen de determinanten worden weergegeven in een conceptueel model (Figuur 3.2). Dit conceptueel model wordt gebruikt als leidraad voor het onderzoek.



Figuur 3.2 Conceptueel model

4. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de kwalitatieve onderzoeksmethode van het onderzoek beschreven. Eerst wordt verantwoord waarom gekozen is voor kwalitatief onderzoek (§ 4.1). Daarna worden achtereenvolgens de onderzoekspopulatie, –sample (§ 4.2), de opzet en het verloop van het interview (§ 4.3), de data-analyse (§ 4.4) en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (§ 4.5) toegelicht.

4.1 Kwalitatief onderzoek

Er is gekozen voor beschrijvend kwalitatief onderzoek om de onderzoeksvraag te beantwoorden (Baarda, De Goede & Teunissen, 1998). Hiervoor is gekozen omdat er sprake is van enige theoretische kennis over adoptie en de determinanten die van invloed kunnen zijn op de adoptie van innovaties in het algemeen. Met behulp van kwalitatief onderzoek kunnen de opvattingen en overwegingen van zorgverleners in de nefrologische praktijk aan het licht worden gebracht die een rol spelen bij de adoptie van een zelfmanagementprogramma, zoals het STERK-programma (Baarda et al., 1998). Om dit in kaart te brengen is een semigestructureerd interview met open vragen gebruikt (Baarda et al., 1998).

4.2 Onderzoekspopulatie & onderzoekssample

Er is een gelegenheidssteekproef (*opportunity sample*) getrokken onder zorgverleners die werkzaam zijn binnen de nefrologie in Nederland. Het betrof gespecialiseerd verpleegkundigen of nurse practitioners, nefrologen, diëtisten en maatschappelijk werkers. Om zowel de overwegingen van de zorgverleners die met het STERK-programma werken in kaart te brengen (STERK-zorgverleners) als van zorgverleners die dit (nog) niet doen (niet-STERK-zorgverleners), zijn beide groepen betrokken. Hierdoor bestaat de mogelijkheid om te kijken naar verschillen en overeenkomsten de mening van deze twee groepen zorgverleners.

In het voorjaar van 2013 zijn in totaal 24 zorgverleners telefonisch of per mail benaderd. Eerst zijn zorgverleners die met het STERK-programma werken en zorgverleners waarvan bekend was dat zij interesse hadden getoond in het STERK-programma, maar die niet met het programma werken, benaderd. Dit heeft geresulteerd in acht afspraken voor interviews met vier STERK-zorgverleners en vier niet-STERK-zorgverleners. Van de non-respondenten is, ondanks meerdere uitnodigingen, van meerendeel geen reactie ontvangen. Twee keer is verzoek tot een interview afgewezen in verband met ziekte en dat er geen tijd vrijgemaakt kon worden voor een interview vanwege drukte met werkzaamheden. Via de sneeuwbalmethode is geprobeerd meer niet-STERK-zorgverleners te verkrijgen, hetgeen heeft geleid tot twee extra interviews. Dit heeft geleid tot een respons van 42%. Uiteindelijk zijn vier STERK-zorgverleners en zeven niet-STERK-zorgverleners geïnterviewd. Eén interview is tegelijkertijd afgenomen met zowel een verpleegkundige als een maatschappelijk werker. Er zijn in totaal tien interviews afgenomen.

4.3 Opzet semigestructureerd interview

Het interview was semigestructureerd van aard, wat wil zeggen dat op basis van de onderzoeksvragen en het conceptuele raamwerk meerdere open vragen zijn geformuleerd waarvan het onderwerp vast lag. Eerst werden algemene vragen gesteld over zelfmanagement, het STERK-programma en over de redenen waarom de respondent wel of niet gebruikt maakt van het STERK-programma. Hierna werd achtereenvolgens ingegaan op de determinanten uit het conceptueel model: relatief voordeel, inpasbaarheid en invloed van de omgeving, complexiteit, mogelijkheid tot uitproberen en zichtbaarheid. De respondent werd tot slot uitgenodigd aanvullende factoren te noemen die zijn/haar adoptie van het STERK-programma hebben beïnvloed.

Er zijn twee interviewschema's ontwikkeld; één voor zorgverleners die wel van het STERK-programma gebruik maken (Bijlage A) en één voor zorgverleners die niet van het STERK-programma gebruik maken (Bijlage B). Het verschil tussen deze twee interviews was enkel de manier van vraagstelling. Er is een proefinterview uitgevoerd met een STERK-zorgverlener, waarna nog enkele aanpassingen zijn gedaan.

4.3.1 Verloop interviews

In totaal hebben negen *face-to-face* interviews en één telefonisch interview plaatsgevonden. De reden voor het telefonische interview was dat de zorgverlener op korte termijn geen tijd had voor een *face-to-face* interview.

De interviews begonnen met een korte introductie over het doel van het onderzoek en de opbouw van het interview. In de introductie werd toestemming gevraagd voor een geluidsopname en werd uitgelegd dat de interviews geanonimiseerd werden verwerkt. Alle respondenten gaven toestemming voor het opnemen van het interview. De interviews duurden gemiddeld 47 minuten.

Tijdens één afspraak voor een interview bleek de respondent wegens ziekte afwezig te zijn. Hierdoor is een interview gevoerd met een maatschappelijk werker in plaats van een nurse practitioner. Later is nog geprobeerd contact op te nemen met de betreffende nurse practitioner, maar deze bleek onbereikbaar.

4.4 Data-analyse

Alle interviews zijn op band opgenomen en getranscribeerd, zodat alle tekst kon worden geanalyseerd (AmCOGG, 2002; Baarda et al., 1998). Vervolgens zijn de data geanonimiseerd, waarbij verwijzingen naar persoonlijke kenmerken, plaatsnamen, ziekenhuizen en andere personen zijn verwijderd. De transcripties zijn vervolgens gecontroleerd op onjuistheden en ontdaan van onderwerpen die niet gerelateerd zijn aan het onderzoek. Dit heeft 129 bladzijden aan ruwe data opgeleverd.

Vervolgens zijn de ruwe data met de hand gecodeerd. Coderen houdt in dat relevante stukken tekst worden gefragmenteerd, waarna er een label aan gekoppeld wordt (Bradley, Curry & Devers, 2007). Een fragment is een stuk tekst dat over een specifiek onderwerp gaat. Door te coderen werd een systeem

gecreëerd om de data te organiseren terwijl de context van het verhaal behouden bleef. Voor het coderen van de stukken tekst is een codeerschema gemaakt (bijlage C).

De codes in het codeerschema zijn deductief en inductief opgesteld (AmCOGG, 2002; Van Lanen, 2010). Inductief coderen houdt in dat voorafgaand aan het coderen niet bekend is naar welke determinanten wordt gezocht. Deductief coderen houdt in dat de data gecodeerd wordt aan de hand van determinanten die voor de dataverzameling al bekend waren. Deductief coderen is theorie-toetsend. Bij inductief coderen wordt naar aanleiding van de verzamelde data naar een theorie gezocht. Door deductieve en inductieve analyse te combineren konden nieuwe inzichten aangevuld worden met bestaande inzichten (Van Lanen, 2010). De deductieve codes zijn gemaakt aan de hand van de deelvragen en het conceptueel model. De inductieve codes zijn opgesteld aan de hand van uitspraken van de geïnterviewde zorgverleners die niet konden worden ondergebracht bij de deductieve codes.

Er zijn kerncodes en subcodes gecreëerd om de determinanten te identificeren (Bradley et al., 2007). Een voorbeeld van respectievelijk een kern- en subcode is ‘relatief voordeel’ en ‘lotgenotencontact’. Aan deze subcode kan een uitspraak worden gekoppeld zoals *“Ik denk dat lotgenotencontact een voordeel is: dat patiënten van elkaar kunnen leren. Tips krijgen”*.

Het maken van het codeerschema is een iteratief proces geweest. Eerst is het deductieve codeerschema opgesteld aan de hand van het conceptueel model. Vervolgens zijn deductieve en inductieve codes door de onderzoeker per interview genoteerd en samengevoegd in één schema. Hieruit is gebleken dat sommige inductieve codes overlap hadden, maar verschillende namen hadden gekregen. Deze codes zijn samengevoegd onder één naam. Met het schema is nagegaan of de gemaakte codes alle fragmenten van de transcripties overlappen. Er waren twee deductieve codes waarbij geen fragmenten gevonden waren. Als bleek dat fragmenten niet meer aan de definitie van een code voldeden, zijn deze fragmenten voorzien van een nieuwe code of toegevoegd aan een andere bestaande code. Dit heeft geresulteerd in een codeerschema waarin relevante tekstfragmenten konden worden ondergebracht en waarin de codes zich van elkaar onderscheidden (Bijlage C).

De fragmenten met dezelfde code zijn vervolgens bij elkaar gezet oftewel geclusterd. De geclusterde codes zijn bestudeerd om antwoord te kunnen geven op de hoofd- en deelvragen. Er is nagegaan wat de respondenten zeiden bij de codes en wat de verschillen en overeenkomsten waren. Hierbij is specifiek gekeken naar de verschillen en overeenkomsten tussen de antwoorden van STERK- en niet-STERK-zorgverleners. Tot slot is gekeken of deze determinanten volgens de zorgverleners invloed hebben op de adoptie van het STERK-programma. Dit proces heeft geleid tot een overzicht van determinanten die wel en determinanten die geen invloed hebben op de adoptie van het STERK-programma.

4.5 Validiteit & betrouwbaarheid

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen is geprobeerd te voldoen aan de eisen van betrouwbaarheid en validiteit. Betrouwbaarheid wordt gedefinieerd als de mate waarin metingen onafhankelijk zijn van toeval (Baarda et al., 1998). Bij kwalitatief onderzoek geldt dat voor een hoge betrouwbaarheid voldaan moet worden aan controleerbaarheid en inzichtelijkheid (Baarda et al., 1998). Daarom zijn in dit hoofdstuk de dataverzameling en de data-analyse zo nauwkeurig mogelijk beschreven. Tevens is een transcript door twee personen gecodeerd en besproken en is het codeerschema met twee personen doorgenomen en daar waar nodig aangepast.

Hoge validiteit wordt bereikt wanneer een goede weergave wordt gedaan van de onderzochte praktijk (Baarda et al., 1998). Door middel van interviews wordt een goede weergave van de praktijk gegeven, omdat het de mening van de zorgverleners vrij nauwkeurig beschrijft. Het op band opnemen van de interviews heeft tevens bijgedragen aan de validiteit van dit onderzoek, omdat de onderzoeker zich op het interview kan concentreren en dit vertekening van de onderzoeksresultaten voorkomt. Het voorkomen sociaal wenselijke antwoorden van de respondent draagt ook bij aan de validiteit van een onderzoek. Dit houdt in dat de respondent reageert naar bepaalde verwachtingen. Sociale wenselijkheid is zoveel mogelijk voorkomen door uit te leggen waar het interview voor diende en duidelijk te maken dat de interviews anoniem verwerkt werden. Tevens zijn open vragen gesteld en heeft de onderzoeker zijn eigen verwachtingen ten aanzien van de onderzoeksresultaten zo min mogelijk verwoord.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst de kenmerken van de respondenten weergegeven (§ 5.1) waarna de resultaten van de interviews worden beschreven volgens de opbouw van het interviewschema (Bijlagen A en B). Eerst worden algemene vragen over zelfmanagement (§ 5.2) en het STERK-programma (§ 5.3 en § 5.4) besproken. Vervolgens worden aan de hand van het conceptueel model en overige factoren de redenen van de zorgverleners om wel of niet van het STERK-programma gebruik te maken besproken (§ 5.5 t/m § 5.10) en wordt een duidelijk overzicht hiervan gegeven (§ 5.11). Tot slot wordt weergegeven waar de zorgverleners informatie vinden over het STERK-programma (§ 5.11) en tips en aanbevelingen (§ 5.12). Tussendoor worden citaten weergegeven van de respondenten. Voor een overzicht van alle - in de tekst onderstreepte - codes wordt verwezen naar het codeerschema in Bijlage C.

5.1 Kenmerken respondenten

Zoals eerder genoemd zijn in totaal tien interviews afgenomen met 11 respondenten. Hiervan zijn twee mannelijk (18%) en negen vrouwelijk (82%). De ziekenhuizen waar de respondenten werken zijn verspreid over Nederland en betreffen drie academische en acht perifere ziekenhuizen. Een overzicht van de verschillende disciplines die geïnterviewd zijn en of zij wel en niet gebruik maken van het STERK-programma staat in Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Overzicht van het aantal geïnterviewde disciplines per discipline en wel of niet gebruikmakend van het STERK-programma.

Discipline	STERK-zorgverlener	Niet-STERK-zorgverlener	Totaal
Nefroloog	1	2	3
Verpleegkundig specialist /nurse practitioner	1	1	2
Diëtist	1	1	2
Maatschappelijk werk	1	3	4
Totaal	4	7	11

5.2 Mening zelfmanagement

Alle zorgverleners hebben een positieve mening over het stimuleren van zelfmanagement, vanwege de positieve effecten voor patiënten (zie § 5.4).

“Ik denk dat zelfmanagement een powerfull tool is om patiënten te begeleiden en te behandelen (...)”

Alle zorgverleners zijn van mening dat zelfmanagement niet geschikt is voor alle patiënten, dit geldt bijvoorbeeld voor oudere patiënten (n=4) of hangt af van hun copingstrategie (n=6).

Zelfmanagement hoeft volgens één van de zorgverleners niet per se in grote dingen te worden gezocht, maar kan ook klein zijn, bijvoorbeeld het zelf managen van de medicatie. Een aantal maatschappelijk werkers (n=2) geeft aan dat ‘gewaakt’ moet worden dat niet alles onder de eigen regie van de patiënt komt te vallen.

5.3 Aanraking van zorgverleners met het STERK-programma

De zorgverleners zijn op verscheidene manieren in aanraking gekomen met het STERK-programma. STERK-zorgverleners zijn vanaf de ontwikkeling betrokken bij het programma. Niet-STERK-zorgverleners zijn met het STERK-programma in aanraking gekomen via hun netwerk van collega's (in andere ziekenhuizen, n=3) , via het Hans Mak Instituut¹ (n=2) of door de informatieverspreiding over het programma via tijdschriften (n=1) en de Nederlandse Nefrologiedagen (n=3).

5.4 Mening STERK

Alle zorgverleners hebben een positieve mening over het STERK-programma. Alle STERK-zorgverleners ervaren het gebruik ervan als positief. Een nadelig punt aan het STERK-programma, volgens een STERK-zorgverlener, zijn de formulieren (zie § 2.2.2) waarvan gebruik gemaakt wordt tijdens de STERK-bijeenkomsten. De formulieren worden ‘schools’ en moeilijk gevonden. Niet-STERK-zorgverleners (n=7) geven aan weinig kennis te hebben over het STERK-programma.

De meeste zorgverleners (n=9) zijn positief over de informatie in het handboek voor patiënten. Punten van kritiek op het handboek zijn dat het voedingsadvies meer gericht mag zijn op de natriumbeperking (n=2), de informatie confronterend kan zijn voor patiënten (n=2) en dat de informatie voor sommige patiënten lastig te vertalen is naar hun eigen situatie (n=2). Twee niet-STERK-zorgverleners geven aan het handboek niet gezien te hebben, maar vertellen dat collega's er enthousiast over zijn.

5.5 Relatief voordeel

In deze paragraaf worden de voor- en nadelen van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma beschreven die de zorgverleners benoemen voor patiënten, zorgverleners en de sociaal politieke omgeving. Hierna wordt besproken welke van de voor- en nadelen genoemd worden als van invloed op de keuze om wel of niet gebruik te maken van het STERK-programma.

¹ Hans Mak Instituut (HMI): Het Hans Mak Instituut is een organisatie die zich bezig houdt met de kwaliteit van zorg voor nierpatiënten (Hans Mak Instituut: kwaliteitsinstituut voor de nefrologie, 2012).

5.5.1 Voordelen patiënten

Zorgverleners denken dat het werken met het STERK-programma verschillende voordelen kan hebben voor patiënten. Allereerst zeggen alle zorgverleners (n=11) dat het STERK-programma kan zorgen voor positieve effecten bij de patiënt. De meeste zorgverleners (n=10) beschrijven dat de patiënt door het toepassen van zelfmanagement meer invloed kan uitoefenen op zijn of haar ziekte en behandeling. Dit zorgt voor het behouden van de autonomie, het nemen van eigen verantwoordelijkheid, een toename van zelfvertrouwen van de patiënt en meer ziekte-inzicht. Eén zorgverlener geeft aan dat het toepassen van zelfmanagement een positief effect heeft op de lichamelijke gezondheid, zoals het vertragen van de achteruitgang van de nierfunctie. Een ander positief effect van het stimuleren van zelfmanagement dat wordt beschreven (n=1) is dat de patiënt het begrip van zijn of haar sociale omgeving kan vergroten doordat men beter kan uitleggen welke invloed de ziekte heeft op zijn of haar leven.

Het tweede voordeel dat een aantal zorgverleners (n=5) beschrijft is het lotgenotencontact dat patiënten met elkaar hebben door het gebruik van het STERK-programma. Door de interactie in de bijeenkomsten kunnen patiënten elkaar helpen en ondersteunen.

“Ik denk lotgenotencontact, dat patiënten van elkaar kunnen leren. Tips krijgen. Misschien toch ook wel dat informatie op een andere manier over komt. Nu heb je vaak, zeker bij oudere patiënten van ‘ja de zorgverlener die weet het wel’, dus veel eenrichtingsverkeer. En ik denk dat je in een groepsgebeuren wat meer interactie krijgt”

Het derde genoemde voordeel (n=1) is dat het STERK-programma gericht is op een groep nierpatiënten die niet heel actief in de predialysefase² zit en waarvoor nog maar weinig ondersteuning c.q. interventies zijn ontwikkeld. Bij deze groep patiënten is nog veel winst te behalen in de achteruitgang van de nierfunctie.

5.5.2 Voordelen zorgverleners

Het gebruik van het STERK-programma levert volgens de zorgverleners verschillende voordelen op voor henzelf. Het eerst genoemde voordeel (n=3) is dat het STERK-programma bijdraagt aan de professionele handelingsmogelijkheden van de zorgverlener. Zorgverleners geven aan dat zij door het stimuleren van zelfmanagement meer aandacht hebben voor hun manier van werken. Tevens wordt het toepassen van een zelfmanagementprogramma gezien als een taakuitbreiding die zorgverleners graag op zich willen nemen.

Ten tweede geeft een aantal zorgverleners (n=3) aan dat het stimuleren van zelfmanagement werktevredenheid oplevert. Het stimuleren van zelfmanagement is een manier van werken die de zorgverleners als positief ervaren: het werk van de zorgverleners wordt leuker en het geeft meer voldoening.

² Predialysefase: de fase die voorafgaat aan de dialyse. In deze fase is de behandeling gericht op het behoud van de nierfunctie om dialyse zo lang mogelijk uit te stellen. In veel ziekenhuizen zijn predialysepoli's opgericht om voor predialysepatiënten zorg te bieden (Diëtisten Nierziekten Nederland, 2011).

Ten derde verwacht een aantal zorgverleners (n=6) dat het gebruik van het STERK-programma een verbeterde samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de zorgverlener oplevert, doordat de patiënt goed geïnformeerd, bewust en coöperatief is. Hierdoor verlopen patiëntencontacten sneller en soepeler en is de *compliance* beter.

“En als je duidelijk weet, die wil tot zover en niet verder, dan liggen de kaarten op tafel. Dat is veel prettiger werken. Ik vind het heel prettig als iemand zegt ‘ik wil er niks mee’, dan weet ik tenminste wat ik aan het doen ben. Mensen hoeven niet altijd wat te willen, maar als dat helder is dan weet je veel duidelijker van hoe ga ik daar mee om”

Ten vierde wordt als voordeel beschreven (n=2) dat het STERK-programma wordt gegeven aan een groep patiënten en niet aan individuele patiënten. Het voordeel hiervan is dat zorgverleners vragen kunnen beantwoorden die ook voor andere patiënten zinvol zijn.

5.5.3 Voordelen sociaal-politieke omgeving

De zorgverleners denken dat het werken met het STERK-programma ook een voordeel voor de sociaal-politieke omgeving oplevert. Het genoemde voordeel (n=7) van het gebruik van het STERK-programma voor de gezondheidszorg is dat het uiteindelijk kostenbesparend is indien zelfmanagement oplevert wat er van wordt verwacht: “*dat je uiteindelijk met minder inspanning, uiteindelijk minder bezoeken, hetzelfde kan bereiken*”.

5.5.4 Nadelen patiënten

De zorgverleners verwachten verschillende nadelen voor patiënten van het gebruik van het STERK-programma. Ten eerste denkt een aantal zorgverleners (n=5) dat het gebruik van het STERK-programma een extra belasting voor de patiënt kan zijn, omdat de patiënt voor het programma nogmaals naar het ziekenhuis moet komen. Eén zorgverlener denkt dat de belasting bij deze groep patiënten nog mee valt.

Het tweede nadeel dat door een aantal maatschappelijk werkers (n=2) beschreven wordt, is dat de zorgverleners alle verantwoordelijkheid weg geven aan de patiënt en dat de zorgverleners zelf geen verantwoordelijkheid meer nemen. Dit wordt gezien als een mogelijk nadeel van het (te veel) stimuleren van zelfmanagement bij patiënten.

5.5.5 Nadeel zorgverlener

Alle zorgverleners (n=11) benoemen één nadeel van het gebruik van het STERK-programma voor zichzelf. Dit nadeel is de tijdsinvestering die nodig is om gebruik te maken van het STERK-programma. Ten eerste (n=6) is het opzetten van het programma een tijdsinvestering.

“Als je twee groepen doet, die vijf keer terug komen, dan is twee keer vijf keer twee uur. Plus de voorbereiding, waar krijg ik die tijd van?”

Ten tweede (n=11) is het uitvoeren van het STERK-programma, inclusief voorbereiding en evaluatie, een tijdsinvestering. Tijdsinvestering wordt als nadeel ervaren, omdat de zorgverleners (n=5) druk zijn en naast hun basistaken ook andere bezigheden hebben, zoals projecten, interne verhuizingen of verbouwingen. De prioriteit ligt volgens deze zorgverleners bij deze andere bezigheden en niet bij het invoeren van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma.

5.5.6 Nadeel sociaal-politieke omgeving

Alle zorgverleners (n=11) beschrijven één nadeel voor de sociaal-politieke omgeving van het gebruik van het STERK-programma. Dit nadeel is de financiële investering die nodig is voor het opzetten van het STERK-programma en het volgen van de training tot STERK-trainer.

5.5.7 Invloed relatief voordeel

De zorgverleners benoemen de voordelen die het programma oplevert voor de patiënt en de verbeterde samenwerkingsrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt als een positieve invloed op de keuze om het STERK-programma te gebruiken. De tijdsinvestering en financiële investering zijn volgens de zorgverleners belemmerende factoren geweest voor de keuze om het STERK-programma te gebruiken.

“De voordelen wegen wat mij betreft op tegen de nadelen (...)”

5.6 Inpasbaarheid

Inpasbaarheid wordt onderverdeeld in de volgende dimensies: werkwijze, behoefte/belang en sociaal-culturele waarden en normen.

5.6.1 Werkwijze

De meeste zorgverleners (n=10) geven aan er altijd voor te zorgen dat de patiënt de regie over zijn leven en behandeling kan behouden. Voorbeelden van hoe dit gedaan wordt zijn: de patiënt mee laten kijken naar laboratorium uitslagen, patiënten proberen te stimuleren om zelf na te denken over hun (verdere) behandeling en altijd uit gaan van wat de patiënt zelf wil. Een aantal zorgverleners (n=5) geeft tevens aan ervaring te hebben met groepsbijeenkomsten voor nierpatiënten of voor andere patiëntencategorieën.

“Het is wel altijd mijn manier van werken naar patiënten toe. Mijn uitgangspunt is altijd de patiënt zelf (...) Ik wijs mensen op hoe ze het zelf zouden kunnen doen. Indien nodig, help ik daarbij”

5.6.2 Behoefte/belang

Alle zorgverleners (n=11) geven aan dat zij het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten belangrijk vinden. Een aantal zorgverleners (n=5) geeft aan behoefte te hebben aan een zelfmanagementprogramma en dat zij daar naar op zoek waren. Andere zorgverleners (n=2) geven aan dat zij geen behoefte hebben aan een

zelfmanagementprogramma, hiervoor worden twee redenen genoemd. Ten eerste (n=1) wordt een zelfmanagementprogramma niet gezien als een meerwaarde voor het stimuleren van het zelfmanagement bij patiënten op zich. Ten tweede had een zorgverlener niet bedacht dat zelfmanagement gestimuleerd kon worden door middel van een programma.

“En als je dan bedenkt dat je dat vanuit de aanvulling doet, dus je laat dat wat mensen zelf kunnen doen al bij mensen. Dus bij ons was op dat moment nog niet zo erg de behoefte om dat te bundelen en te koppelen en daar heel specifiek een programma voor te maken”

5.6.3 Sociaal-culturele waarden en normen

De sociaal-culturele waarden en normen worden beïnvloed door de sociale omgeving: de patiënten, (in)directe collega's en de sociaal politieke omgeving.

5.6.3.1 Invloed van de patiënt

De zorgverleners geven aan op twee manieren invloed van de patiënt te ervaren. Ten eerste ervaren zij de toename van de eigen regie van de patiënt. De meeste zorgverleners (n=8) beschrijven dat de eigen regie toeneemt, omdat de patiënt steeds mondiger wordt, de eigen regie in handen wil houden en (on)bewust zelfmanagement toepast door bijvoorbeeld thuis bloeddruk meten, te vragen naar laboratoriumuitslagen en hoe men informatie kan opzoeken over het in stand houden van de nierfunctie.

“Het is de toekomst. Over een paar jaar zullen steeds meer patiënten beschikking hebben over internet of een computer of wat dan ook. Dan kunnen we er zeker niet meer omheen”

Ten tweede geven de zorgverleners (n=11) aan niet te weten of patiënten behoefte hebben aan een zelfmanagementprogramma. Dit komt doordat er weinig tot geen patiënten zijn die vragen naar het handboek, zelfmanagement of een zelfmanagementprogramma, het programma extra belastend is voor de patiënt en niet elke patiënt zelfmanagement kan en wil toepassen. Er is, volgens een aantal zorgverleners (n=4), een kleine groep patiënten die behoefte heeft aan een zelfmanagementprogramma.

5.6.3.2 Invloed van (in)directe collega's

De zorgverleners ervaren ook invloed van (in)directe collega's op het gebruik van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma. De STERK-zorgverleners beschrijven dat er binnen het nefrologische team een sterke consensus heerst over het stimuleren van zelfmanagement en het gebruik van het STERK-programma. De STERK-zorgverleners (n=3) geven aan dat de afdeling of het ziekenhuis een visie moet hebben richting zelfmanagement. Bij niet-STERK-zorgverleners (n=5) is er minder vaak sprake van een nefrologisch team dat zelfmanagement wil stimuleren. Dit komt volgens een aantal zorgverleners (n=4), omdat andere zorgverleners het stimuleren van zelfmanagement niet belangrijk vinden

en omdat de andere zorgverleners geen behoefte hebben aan een zelfmanagementprogramma. Deze zorgverleners willen zelf wel werken met het programma, maar anderen binnen het nefrologische team ondersteunen deze visie niet en hierdoor komt het STERK-programma niet van de grond. Ook zijn, voornamelijk bij STERK-zorgverleners (n=3), de leidinggevendenden, zoals het hoofd dialyse, nefrologen en het management, gemotiveerd om een zelfmanagementprogramma te gebruiken. Een STERK-zorgverlener geeft aan dat leidinggevendenden een belangrijke taak hebben naar bijvoorbeeld het management en naar de rest van het personeel, zodat er steun is voor het invoeren van een zelfmanagementprogramma. Bij niet-STERK-zorgverleners (n=5) is meestal geen sprake van leidinggevendenden die gemotiveerd zijn om een zelfmanagementprogramma te gebruiken. Een enkele keer wordt beschreven dat het management het gebruik van het STERK-programma tegenhoudt.

Tot slot maakt een aantal zorgverleners (n=6) onderscheid in disciplines die wel of niet zelfmanagement willen of kunnen stimuleren. Een aantal zorgverleners (n=4) verwacht dat verpleegkundigen, diëtisten en nefrologen minder vaak het zelfmanagement stimuleren, omdat het niet aansluit bij hun manier van werken of, omdat zij uitgaan van bepaalde parameters, zoals bijvoorbeeld bloedsuikerslagen, bloeddruk etc. Zij meten daar gezondheid aan af.

“Ik denk dat gewone verpleegkundigen of dialyseverpleegkundigen niet zo in zelfmanagementprogramma’s zitten, want het zijn natuurlijk hulpverleners die heel erg gewend zijn om dingen over te nemen van patiënten”

Andere zorgverleners (n=2) geven aan dat het stimuleren van zelfmanagement niet discipline-afhankelijk is, maar persoonsafhankelijk.

5.6.3.3 Invloed van de sociaal-politieke omgeving

Als laatste invloed van de omgeving wordt de invloed van de overheid besproken. Er wordt tegenstrijdig gesproken over de stimulans vanuit de overheid. Enerzijds beschrijven de zorgverleners (n=11) dat zij niet gestimuleerd worden vanuit de overheid, door bijvoorbeeld wetten of beleidsadviezen, om gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma. Anderzijds wordt gesteld (n=3) dat de overheid zorgt voor een “*zelfmanagement-hype*” en dat zorgverleners “*zelfmanagement-moe*” kunnen worden.

“Alleen vind ik dat zelfmanagement een beetje de neiging heeft om een soort hype te zijn. Ik denk dat dat ingegeven wordt door Den Haag, men ziet die zorgtekorten aankomen, zoveel mogelijk bezuinigen, dus minder zorgverleners dus en ook dan bezuinigen”

5.7 Complexiteit

Achtereenvolgens worden de makkelijke en moeilijke aspecten beschreven die de zorgverleners benoemen over het gebruik van het STERK-programma. Een aantal zorgverleners (n=4) geeft aan dat het gemakkelijk is dat het STERK-programma een goed uitgewerkt kant-en-klaar programma is dat direct te gebruiken is. Een

zorgverlener geeft aan dat het niet gemakkelijk is om met een kant-en-klaar programma te werken, omdat het lastig is om het eigen te maken.

“Het makkelijke aan het STERK-programma vind ik dat het heel goed is uitgewerkt. Zoals het nu is aangeboden, ik bedoel daar spelen we wel wat mee, want we gebruiken het niet één op één, maar het is wel een hartstikke goede kapstok”

Een aantal zorgverleners (n=3) beschrijft een moeilijk aspect van het gebruik van het STERK-programma, namelijk het organiseren van het STERK-programma. Men vindt het lastig is om voldoende patiënten en zorgverleners op dezelfde tijd, in één ruimte te krijgen. De zorgverleners beschrijven dit echter niet als belemmering om het STERK-programma te gaan gebruiken.

5.8 Mogelijkheid tot uitproberen

Geen enkele zorgverlener (n=11) geeft aan een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma uitgeprobeerd te hebben. Dit heeft volgens hen geen invloed gehad op hun keuze om wel of niet gebruik te maken van het STERK-programma. Bijna alle zorgverleners (n=10) geven aan dat andere zorgverleners wel geïnteresseerd kunnen worden voor het STERK-programma wanneer zij de mogelijkheid zouden hebben om het uit te proberen.

5.9 Observeerbaarheid

De zorgverleners (n=11) geven aan weinig tot niets te weten over de resultaten van zelfmanagementprogramma's of specifiek het STERK-programma. De resultaten van het STERK-programma die niet-STERK-zorgverleners wel vernomen hebben, zijn verkregen via Nierstichting Nederland (n=1) en via hun eigen netwerk van (in)directe collega's (n=2).

De resultaten van zelfmanagementprogramma's hebben bij de zorgverleners (n=11) geen invloed gehad op hun keuze om wel of niet van het STERK-programma gebruik te maken. Echter, een aantal zorgverleners (n=9) geeft wel aan dat de positieve resultaten op de kwaliteit van leven, gezondheid en patiënttevredenheid andere zorgverleners kunnen overtuigen om gebruik te maken van het STERK-programma.

5.10 Andere factoren

Een niet-STERK-zorgverlener benoemt een andere factor die invloed kan hebben op de keuze om wel of niet gebruik te maken van het STERK-programma. Dit is dat er te veel innovaties zijn waar zorgverleners zich mee bezig moeten houden en zouden moeten invoeren. Hierdoor voelen zorgverleners zich overspoeld en gaat het werken met innovaties tegenstaan.

5.11 Overzicht van bevorderende en belemmerende determinanten

Tabel 5.2 Overzicht bevorderende en belemmerende determinanten

	Bevorderend	Belemmerend
Relatief voordeel	Voordelen patiënt	Tijdsinvestering
	Verbeterde samenwerkingsrelatie	Financiële investering
Inpasbaarheid	Toename eigen regie patiënt	Geen behoefte bij en vraag vanuit patiënt
	Behoeft bij en belang van zorgverleners en (in)directe collega's	Geen behoefte bij en belang van zorgverleners en (in)directe collega's
	Overeenkomstige werkwijze	Invloed overheid
Complexiteit	Kant-en-klaar programma	
Overig		Te veel innovaties

5.12 Informatie

De zorgverleners benoemen verschillende manieren om informatie op te zoeken over het STERK-programma. De STERK-zorgverleners verwijzen naar de Nierstichting (n=1), de ontwikkelaar van het STERK-programma (n=2), het boek van Zillén (n=1), en een flyer met informatie over het STERK-programma (n=1). Tevens wordt mondeling informatie verstrekt (n=2).

Alle niet-STERK-zorgverleners (n=7) geven aan dat zij informatie over het STERK-programma zouden opzoeken via google.nl. Tevens proberen zij informatie te verkrijgen via de Nierstichting Nederland (n=4), hun netwerk (n=1), het Hans Mak Instituut (n=1) en de ontwikkelaars van het STERK-programma (n=2).

5.13 Tips en aanbevelingen

De zorgverleners geven verschillende tips en aanbevelingen om ervoor te zorgen dat meer zorgverleners gebruik gaan maken van het STERK-programma. De eerste tip (n=11) is het uitdragen van het STERK-programma en de resultaten ervan. Het STERK-programma kan naar patiënten uitgedragen worden via tijdschriften en door middel van posters en flyers in wachtkamers. Daarnaast kan het STERK-programma uitgedragen worden naar zorgverleners in de nefrologische praktijk via relevante netwerken, beroepsverenigingen en tijdschriften voor zorgverleners.

De tweede tip (n=3) is het wegnemen van de financieringsbelemmering van het gebruik van het STERK-programma. De financieringsbelemmering zou weggenomen kunnen worden door een vergoeding van de zorgverzekering voor het programma. Ook kan een flyer met financiële tips worden verspreid.

De derde tip (n=4) is ondersteuning voor zorgverleners bij het opzetten van het STERK-programma. Bijvoorbeeld door het geven van logistieke ondersteuning, zoals patiënteninformatie en het inrichten van een website voor patiënten en zorgverleners.

De vierde en laatste tip (n=1) is mogelijkheid tot kijken. Een enkele zorgverlener denkt dat meer zorgverleners van het STERK-programma gebruik willen maken als zij komen kijken bij STERK-bijeenkomsten.

6. Conclusie, discussie en aanbevelingen

Dit onderzoek had als doel om meer inzicht te verkrijgen in de determinanten die een rol spelen bij de adoptie van het STERK-programma door zorgverleners in de nefrologische praktijk. De Diffusion Of Innovations (DOI) theorie (Rogers, 2003) heeft hierbij als leidraad gefunctioneerd. De DOI-theorie (Rogers, 2003) stelt dat er vijf kenmerken van innovaties zijn die invloed hebben op de adoptie van innovaties, namelijk relatief voordeel, inpasbaarheid, complexiteit, mogelijkheid tot uitproberen en zichtbaarheid. In de conclusie (§ 6.1) wordt antwoord gegeven op de in hoofdstuk 1 opgestelde hoofdvraag en deelvragen. Hierna volgt de discussie waarin onder meer gekeken wordt in hoeverre de resultaten overeenkomen met de theorie (§ 6.2). Vervolgens worden de kwaliteiten en beperkingen van het onderzoek besproken en aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan (§ 6.3). Tot slot worden aanbevelingen gedaan om de adoptie van het STERK-programma te bevorderen (§ 6.4).

6.1 Conclusie

De eerste deelvraag luidde: *In hoeverre zijn zorgverleners op de hoogte van het bestaan van het STERK-programma en hebben zij toegang tot informatie over het programma?*

Uit de resultaten blijkt dat alle STERK- en niet-STERK-zorgverleners op de hoogte zijn van het bestaan van het STERK-programma, maar weinig niet-STERK-zorgverleners op de hoogte te zijn van de inhoud van het STERK-programma. Alle STERK en niet-STERK-zorgverleners gaven aan voldoende mogelijkheden te hebben om informatie te vinden over het STERK-programma.

De tweede deelvraag luidde: *Wat is het oordeel van zorgverleners over zelfmanagement in het algemeen en het STERK-programma in het bijzonder?*

De zorgverleners van dit onderzoek hebben een positief oordeel over zelfmanagement vanwege de verschillende voordelen voor patiënten en zorgverleners. Het oordeel van alle zorgverleners over het STERK-programma is tevens positief. STERK-zorgverleners geven aan graag gebruik te maken van het programma. Het gebruik van de formulieren, die in het STERK-programma aangeboden worden, wordt door een STERK-zorgverlener als punt van kritiek genoemd. Niet-STERK-zorgverleners geven aan dat zij positief zijn over het programma, voor zover zij er kennis over hebben.

Door het beantwoorden van de derde en laatste deelvraag kan tevens de hoofdvraag worden beantwoord. De derde deelvraag luidde: *Welke determinanten bepalen of een zorgverlener een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma wel of niet wil adopteren?* De hoofdvraag luidde: *Welke determinanten bevorderen of belemmeren de adoptie van het STERK-programma van zorgverleners in de nefrologische praktijk?*

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de kenmerken *relatief voordeel*, *inpasbaarheid* en *complexiteit* een rol spelen bij de adoptie van het STERK-programma. *Mogelijkheid tot uitproberen* en *zichtbaarheid* worden niet genoemd door de zorgverleners als van invloed op hun keuze om wel of niet met het STERK-programma te gaan werken.

Uit de resultaten blijkt dat het STERK-programma niet altijd *relatief voordeel* oplevert. De STERK- en niet-STERK-zorgverleners benoemen de voordelen voor de patiënten en de verbeterde samenwerkingsrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt als bevorderend voor het gebruik van het STERK-programma. De nadelen van het STERK-programma, de tijdsinvestering en de financiële investering, worden door STERK- en niet STERK-zorgverleners genoemd als belemmerend.

Uit de resultaten blijkt dat het STERK-programma niet altijd *inpasbaar* is. Bevorderend voor de adoptie van het STERK-programma is dat het STERK-programma aansluit bij de werkwijze en de behoefte van STERK- en niet-STERK-zorgverleners. Er wordt aangegeven dat zij het belangrijk vinden om zelfmanagement bij patiënten te stimuleren, dat zij ook werken volgens deze wijze en dat zij behoefte hebben aan een zelfmanagementprogramma. Uit de resultaten blijkt dat de sociale omgeving van patiënten, (in)directe collega's en de overheid belangrijke invloed heeft op de adoptie van het STERK-programma. Bevorderend is dat dat de eigen regie van de patiënt toeneemt, maar belemmerend is dat men niet weet of patiënten behoefte hebben aan een zelfmanagementprogramma. Belemmerend voor de adoptie van het STERK-programma is het niet hebben van (in)directe collega's die zelfmanagement en een zelfmanagementprogramma belangrijk vinden of behoefte hier aan hebben. Dat blijkt uit dat de meeste niet-STERK-zorgverleners aangeven dat er geen sprake is van (in)directe collega's, zoals een nefrologische team en leidinggevend, die het stimuleren van zelfmanagement of een zelfmanagementprogramma belangrijk vinden of hier behoefte aan hebben, terwijl hier bij STERK-zorgverleners wel sprake van is. De invloed van de overheid, zoals wetten en beleidsvoorstellen, wordt ook niet als bevorderend ervaren door de zorgverleners.

Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners het gebruik van het STERK-programma niet als *complex* ervaren, dit is bevorderend voor de adoptie van het STERK-programma. Het gebruik van het STERK-programma wordt door de zorgverleners zelfs makkelijk genoemd, omdat dat het een kant-en-klaar programma is.

Uit dit onderzoek is een aanvullende belemmerende determinant voortgekomen. Een niet-STERK-zorgverlener benoemt dat er te veel innovaties zijn waar zorgverleners zich mee bezig moeten houden en die ze in zouden moeten voeren.

6.2 Discussie

Uit dit onderzoek is gebleken dat de kenmerken *relatief voordeel*, *inpasbaarheid* en *complexiteit* invloed hebben op de adoptie van het STERK-programma. Hieruit blijkt dat het de DOI-theorie (Rogers, 2003) deels wordt ondersteund. Dat de zorgverleners aangeven dat *de mogelijkheid tot uitproberen* en *zichtbaarheid van de resultaten* niet van invloed is op hun keuze om gebruik te willen maken van het STERK-programma is tegenstrijdig met de DOI-theorie (Rogers, 2003). Deze stelt namelijk dat deze twee kenmerken van innovaties ook van belang zijn voor de adoptie van een innovatie. Het is ook tegenstrijdig dat de respondenten hebben aangegeven dat *mogelijkheid tot uitproberen* en *zichtbaarheid van de resultaten* andere zorgverleners zouden kunnen overtuigen om gebruik te maken van het STERK-programma, maar aangeven dat dit bij hun eigen keuze geen rol heeft gespeeld. Een verklaring voor deze tegenstrijdigheden kan zijn dat de respondenten positief zijn over het STERK-programma, waardoor zij het

STERK-programma niet uit hoeven proberen of de resultaten ervan te zien om overtuigd te worden dat zij er gebruik van willen maken. De niet-STERK-zorgverleners lopen tot nu toe tegen belemmeringen aan, zoals de financiële investering, waardoor zij geen gebruik maken van het STERK-programma.

In dit onderzoek is een aanvullende determinant gevonden die niet overeenkomt met de DOI-theorie (Rogers, 2003). Er wordt gezegd dat het een belemmering is dat er te veel innovaties zijn waar zorgverleners zich mee bezig moeten houden en zouden moeten invoeren. Het zou kunnen dat deze determinant samenhangt met het nadeel tijdsinvestering (kenmerk *relatief voordeel*), omdat zorgverleners hierbij ook aangegeven hebben dat ze het druk hebben hun basis- en extra taken.

De STERK-zorgverleners en niet-STERK-zorgverleners benoemen dezelfde voor- en nadelen (kenmerk *relatief voordeel*) van het gebruik van het STERK-programma, maar de nadelen zijn alleen voor de niet-STERK-zorgverleners belemmerd geweest om gebruik te maken van het STERK-programma. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de subsidie, die de vier ziekenhuizen hebben gekregen waar gebruik wordt gemaakt van het STERK-programma, de financiële belemmering en tijdsbelemmering (deels) weggenomen heeft (Nierstichting Nederland, 2011).

Tijdsbesparing (kenmerk *relatief voordeel*) wordt door de zorgverleners niet genoemd als positieve invloed op het gebruik van het STERK-programma. Tijd wordt alleen als nadeel van een zelfmanagementprogramma genoemd, terwijl in de literatuur naar voren komt dat een zelfmanagementprogramma ook tijdsbesparing op kan leveren (Engels & Dijcks, 2010; NISB, 2011; TNO, 2010). Een verklaring hiervoor kan zijn dat het STERK-programma, zeker in eerste instantie, een tijdsinvestering is voor zorgverleners. In een later stadium zullen de resultaten van een zelfmanagementprogramma wel tijdsbesparing op leveren.

Zorgverleners geven niet aan dat zij de rolverandering *complex* vinden, terwijl uit de literatuur blijkt dat zorgverleners geleerd hebben een verzorgende rol te hebben en het lastig vinden om een meer coachende en ondersteunende rol aan te nemen (Kerngroep Zelfmanagement, 2012; Lorig & Holman, 2003; Pijpers, 2012; “Zelfmanagement astma en COPD moeilijk”, 2012). Een verklaring hiervoor kan zijn dat de zorgverleners in feite altijd al bezig zijn met het stimuleren van het zelfmanagement bij patiënten. Hierdoor hoeven zij niet van rol hoeven te veranderen en wordt dit niet als complex beschreven.

Uit het literatuuronderzoek blijkt tegenstrijdigheid over de invloed van de (in)directe collega's op de adoptie (kenmerk *inpasbaarheid*). De Haas (2009) beschrijft geen invloed van directe collega's, terwijl Fleuren et al. (2012) deze determinanten wel invloedrijk vinden. Dit onderzoek ondersteunt de bevindingen van Fleuren et al. (2012) en vindt de rol van (in)directe collega's belangrijk. Zoals eerder genoemd kan een verklaring voor de tegenstrijdigheid in de literatuur zijn dat de zorgverleners in het onderzoek van De Haas (2009) de invloed van (in)directe collega's niet gemist hebben en daarom niet als beïnvloedend ervaren hebben. Een andere verklaring kan zijn dat in het onderzoek van De Haas (2009) een zelfmanagementprogramma onderzocht is waarmee de verpleegkundige zelfstandig aan de slag kan, terwijl bij het STERK-programma verschillende

disciplines nodig zijn die moeten beslissen of zij het programma willen gebruiken alvorens het programma van start gaat.

De zorgverleners geven aan geen invloed van de sociaal-politieke omgeving (kenmerk *inpasbaarheid*) te ervaren op het gebruik van het STERK-programma, terwijl enkele zorgverleners wel aangeven dat de overheid (te veel) stimuleert tot het toepassen van zelfmanagement. Een reden voor deze tegenstrijdigheid kan zijn dat de overheid wel stimuleert tot het stimuleren van zelfmanagement, maar dat dit niet perse in de vorm van een zelfmanagementprogramma hoeft te zijn (Kerngroep Zelfmanagement, 2012).

Veel niet-STERK-zorgverleners geven aan weinig kennis te hebben over het STERK-programma, terwijl de meesten voor het onderzoek aangegeven hebben dat zij van het programma gebruik zouden willen maken (n=10). De zorgverleners geven zelf aan dat zij zich niet verder in het STERK-programma hebben verdiept, omdat er belemmeringen, zoals tijdsinvestering en het financieren van het programma, waren die ervoor zorgden dat zij het STERK-programma niet zouden gaan gebruiken.

Het is niet uitgesloten dat de beperkte kennis van de niet-STERK-zorgverleners over het STERK-programma invloed heeft gehad op de conclusies van dit onderzoek. Wanneer de niet-STERK-zorgverleners meer kennis zouden hebben over het STERK-programma zouden zij tegen andere bevorderende en belemmerende determinanten aan kunnen lopen, bijvoorbeeld als blijkt dat de manier waarop de zorgverleners zelfmanagement stimuleren niet overeenkomt met de manier waarop zelfmanagement gestimuleerd wordt in het STERK-programma.

Het doel van dit onderzoek om inzicht te krijgen in determinanten die een rol spelen bij de adoptie van het STERK-programma is bereikt. Het onderzoek heeft geresulteerd in een overzicht van bevorderende en belemmerende determinanten die invloed hebben op de adoptie van het STERK-programma door zorgverleners in de nefrologische praktijk. Het wegnemen van de belemmerende determinanten kan bijgedragen aan de adoptie van het STERK-programma. In paragraaf 6.4 worden enkele aanbevelingen gedaan om de adoptie van het STERK-programma te bevorderen.

6.3 Kwaliteiten en beperkingen

6.3.1 Kwaliteiten

Een kwaliteit van dit onderzoek is dat er interviews zijn gehouden met zowel zorgverleners die wel als die niet met het STERK-programma werken. Hierdoor is inzicht verkregen in bevorderende en belemmerende determinanten die invloed hebben op de keuze om wel of niet met het STERK-programma te gaan werken. Eerder onderzoek naar de adoptie van innovaties was vaak gericht op zorgverleners die al met de innovatie werkten (Kroon & Zwier, 2012; Lee, 2004; Scott et al., 2008; Van Suylekom et al., 2010).

In dit onderzoek zijn interviews gehouden met verschillende disciplines die met het STERK-programma zouden kunnen werken. Hierdoor is inzicht verkregen in belemmerende en bevorderende

determinanten die op verschillende niveaus in de gezondheidszorg een rol spelen bij het wel of niet in gebruik nemen van het STERK-programma.

De DOI theorie (Rogers, 2003) heeft als leidraad in het onderzoek gefunctioneerd. Door vanuit deze theorie te werken zijn verschillende kenmerken van innovaties meegenomen in het onderzoek die minder voor de hand liggend waren wanneer deze theorie niet als uitgangspunt genomen was, maar wel invloed kunnen hebben op de adoptie van het STERK-programma.

6.3.2 Beperkingen & aanbevelingen

Een beperking van dit onderzoek is het lage aantal respondenten. Hoewel bij kwalitatief onderzoek sprake is van kleinschalig onderzoek, waarbij de onderzoeksgroep meestal - in vergelijking met kwantitatief onderzoek - 'maar' tientallen respondenten betreft, is 11 een laag aantal (Baarda et al., 1998). In dit onderzoek was de beschikbaarheid en de gewilligheid van de onderzoekspopulatie laag en de tijd beperkt. Ondanks dat volgens de onderzoeker voldaan is aan verzadiging (d.w.z. dat er geen nieuwe inzichten aan het licht zijn gekomen tijdens de laatste interviews), is de steekproef wellicht niet representatief voor de gehele nefrologische praktijk. Een aanbeveling voor eventueel vervolgonderzoek is om een grotere onderzoeksgroep te verkrijgen.

Deze respondentengroep is tevens niet representatief voor de onderzoekspopulatie, omdat er gebruik is gemaakt van een *opportunity sample*. Hierdoor is de mening beschreven van voornamelijk zorgverleners die interesse hadden getoond in het STERK-programma (n=10) en is weinig inzicht verkregen in de mening van zorgverleners die geen interesse hebben in het STERK-programma. Tevens is in de resultaten te zien dat alle zorgverleners (n=11) het stimuleren van zelfmanagement belangrijk vinden, terwijl de respondenten beschrijven dat er zorgverleners zijn die in mindere mate geïnteresseerd zijn in het stimuleren van zelfmanagement. Hierdoor zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar alle zorgverleners in de nefrologische praktijk. Om de representativiteit van het onderzoek te vergroten zou een willekeurige steekproef getrokken moeten worden onder de onderzoekspopulatie.

In dit onderzoek is niet voldaan aan alle kwaliteitseisen die aan kwalitatief onderzoek gesteld worden, omdat de onderzoeksmethode en data-analyse grotendeels zijn uitgevoerd door een onderzoeker (Baarda et al., 1998). Om de betrouwbaarheid van eventueel vervolgonderzoek te waarborgen, wordt aangeraden de gehele onderzoeksmethode en data-analyse met meerdere onderzoekers uit te voeren. Om de validiteit van dit onderzoek na te gaan (en de kwaliteit te verhogen) kunnen de resultaten aan de respondenten worden voorgelegd om te controleren of de interpretaties van de onderzoeker overeenkomen met de werkelijkheid.

6.4 Aanbevelingen voor adoptie van het STERK-programma

Door het wegnemen van financiële belemmeringen neemt de kans op de adoptie van het STERK-programma toe. Een eerste oplossing is dat uitgezocht kan worden hoe het STERK-programma gefinancierd kan worden en dit bekend gemaakt wordt bij zorgverleners in de nefrologische praktijk. Een tweede oplossing voor het

financiële probleem is wanneer zorgverzekeraars het STERK-programma zouden vergoeden. Wellicht dat de gerandomiseerde effectstudie, die momenteel gaande is in de vier ziekenhuizen waar gebruik wordt gemaakt van het STERK-programma, hiertoe een aanzet kan doen.

Door het vergroten van de bekendheid van het STERK-programma kan de kans op adoptie van het STERK-programma vergroot worden. Uit het onderzoek blijkt dat men niet weet of patiënten en (in)directe collega's behoefte hebben aan een zelfmanagementprogramma. Tevens blijkt dat veel niet-STERK-zorgverleners weinig kennis hebben over het STERK-programma. Door de informatieverbreiding uit te breiden, wordt ervoor gezorgd dat de zorgverleners weten wat de inhoud is van het STERK-programma. Deze verspreiding kan plaatsvinden via relevante netwerken en beroepsverenigingen, bijvoorbeeld door middel van een wervende brochure. Om er tevens voor te zorgen dat de zorgverleners geïnteresseerd raken in en behoefte krijgen aan het STERK-programma is een 'motiverende en draagvlak vergrotende aanpak' om informatie te verspreiden geschikt (ZonMw, 2011). Dit houdt onder andere in dat persoonlijk contact gezocht wordt, netwerkbijeenkomsten georganiseerd worden en sleutelfiguren of opinieleiders ingeschakeld worden.

Om meer behoefte aan een zelfmanagementprogramma bij patiënten te creëren is een meer patiëntgerichte aanpak van informatieverbreiding nodig, waardoor patiënten het belang van een zelfmanagementprogramma bij zorgverleners bevorderen (ZonMw, 2011). Informatieverbreiding voor patiënten kan gerealiseerd worden door het plaatsen van artikelen over het STERK-programma in tijdschriften voor nefrologische patiënten, door posters en flyers in wachtkamers van poliklinieken nefrologie op te hangen en via moderne communicatiemiddelen, zoals (mobiel) internet.

Instructiemateriaal waarbij oplossingen worden aangeboden voor de belemmeringen die zorgverleners ervaren, zoals tijdsinvestering en het financieren van het programma, kan handvatten bieden om het STERK-programma in te voeren (Grol & Wensing, 1966). Zorgverleners geven, ondanks het bestaan van het 'Draaiboek voor zorgverleners' (Nierstichting Nederland, 2012b) en informatie op de website van Nierstichting Nederland, aan dat het organiseren van het STERK-programma lastig is of moeilijk lijkt. Hoewel de zorgverleners niet aangeven dat dit een belemmering is voor het gebruik van het STERK-programma, geven zij als tip dat hulp bij het opzetten van het STERK-programma het gebruik ervan zou kunnen bevorderen.

Literatuur

- AmCOGG [Amsterdams Centrum voor Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg]. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: AmCOGG
Retrieved from:
www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/richtlijnen%20kwalitatief%20onderzoek_amcogg.pdf
- Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and human decision making process*, 50(2), 179-211
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (1998). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Educatieve Partners Nederland/Stenfort Kroese.
- Berwick, D.M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289,(15), 1969-1975.
- Bradley, E.H., Curry, L.A., & Devers, K.J. (2007). Qualitative data analysis for health service research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health research and Educational Trust*, 42(4), 1758- 1772.
- De Haas, M.H. (2009). *Beïnvloedende factoren bij de implementatie van een diabetes zelfmanagementmodel* (Masters thesis, Universiteit Utrecht). Retrieved from: igitur-archive.library.uu.nl/student-theses/2009-1027-200215/Artikel%20Beïnvloedende%20factoren%20bij%20de%20implementatie%20van%20een%20diabetes%20zelfmanagementmodel.pdf
- Detaille, S.I. (2012). Building a self-management program for workers with a chronic somatic disease (Doctoral thesis, Universiteit van Amsterdam). Retrieved from: dare.uva.nl/record/425434
- Engels, J., & Kistemaker, W. (2009). Zelfmanagement helpt zieke vooruit. *Medisch Contact*, 50, 2094-2097.
Retrieved from: medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/69901/zelfmanagement-helpt-zieke-vooruit.htm.
- Engels, J., & Dijcks, B. (2010). *Zelfmanagement: verkenning en agendasetting. Oriënterend onderzoek onder patiëntvertegenwoordigers, professionals en onderzoekers naar de betekenis van zelfmanagement bij chronische aandoeningen*. Retrieved from Vilans website:
www.vilans.nl/docs/producten/ZelfmanagementVerkenningAgendasetting.pdf
- Elchardus, M. (2007). *Sociologie: een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. *International Journal of Quality in Health*, 16,(2), 107-123.
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2012). Meetinstrument voor determinanten van innovaties (MIDI) (TNO Rapport). Retrieved from TNO website:

- www.tno.nl/content.cfm?context=thema&content=prop_case&laag1=891&laag2=902&laag3=70&item_id=1867&Taal=1
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovation in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Hans Mak Instituut: kwaliteitsinstituut voor de nefrologie. (2012). Retrieved from HMI website: www.hansmakinstituut.nl/nl/over-hmi/hans-mak-instituut
- Henkemans, O.A.B., Molema, J.J.W., Franck, E.J.H., & Otten, W. (2010). *Zelfmanagement als arbeidsbesparende innovatie in de zorg* (TNO-rapport KvL/P&Z 2010.017). Retrieved from Raad Voor volksgezondheid & Zorg website: rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Zelfmanagement_als_Arbeidsbesparende_Innovatie.pdf
- Kerngroep Zelfmanagement. (2012). *Naar implementatie van zelfmanagement: Routekaart 2012-2015*. Retrieved from: <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl/scrivo/asset.php?id=1002448>
- Jansen, D. L., Spreeuwenberg, P., & Heijmans, M. J. W. M. (2012). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: rapportage 2012*. NIVEL. Retrieved from: www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-ontwikkelingen-in-de-zorg-voor-chronisch-zieken.pdf
- Kerngroep Zelfmanagement. (2012). *Routekaart Implementatie Zelfmanagement: Routekaart 2012-2015*. Retrieved from: www.zelfmanagement.com/actueel/archief/72/kerngroep-zelfmanagement-lanceert-visie-voor-de-toekomst-van-zelfmanagement.html
- Kroon, J., & Zwier, M. (2012). *Proefimplementatie landelijke actieprogramma zelfmanagement; interventie Dieetinzicht.nl in diëtistenpraktijk en huisartsenpraktijk*. Retrieved from: www.dieetinzicht.nl/CMSHandler.ashx?resourcename=/system/galleries/download/dieetinzicht/Proefimplementatie_LAZ_interventie_dieetinzicht.pdf&exportname=Proefimplementatie_LAZ_interventie_dieetinzicht.pdf
- Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement [LAZ]. (2010). *Eindrapportage zelfmanagement en hartfalen anno 2010*. Retrieved from www.zelfmanagement.com/downloads/250/zelfmanagement-en-hartfalen-anno-2010.pdf
- Lee, T.-T. (2004). Nurses' adoption of technology: Application of Rogers' Innovation-Diffusion Model. *Applied Nursing Research*, 17(4), 231-238.
- Lorig, K.R., & Holman, H.R. (2003). Self-management education: history, definition, outcome, and mechanisms. *Annual Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Mijnnierinzicht. (2012). Retrieved from: mijnnierinzicht.nl
- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen [NISB]. (2011). *Zelfmanagementondersteuning in de Beweegkuur* (Visiedocument). Retrieved from Beweegkuur website: www.beweegkuur.nl/downloadpool/visiedocument-zelfmanagement-september-2011.pdf

- Nierstichting Nederland. (2011). *Samenvatting project*. Retrieved from Nierstichting Nederland website: www.nierstichting.nl/asset/voor-professionals/patientenzorg/zelfmanagement/sterk.pdf
- Nierstichting Nederland. (2012a). *STERK training. Draaiboek voor zorgverleners*. Bussum: Nierstichting Nederland.
- Nierstichting Nederland. (2012b). *Projecten programma Zelfmanagement*. Retrieved from Nierstichting Nederland website: www.nierstichting.nl/asset/voor-professionals/patientenzorg/zelfmanagement/projecten-programma-zelfmanagement-2012.pdf
- Pijpers, B. (2012). Zelfmanagement de evolutie van patiënt tot cliënt. *Nederlands Tijdschrift voor Nefrologie*, 2(2), 25-26
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*, 5^e editie. New York (NY): The Free Press.
- Scott, S.D., Plotnikoff, R.C., Karunamuni, N., Bize, R., & Rodgers, W. (2008). Factors influencing the adoption of an innovation: An examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). *Implementation Science*, 3, 41-47.
- Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F. (2011). *Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie* (Overzichtstudies). Utrecht: NIVEL Overzichtstudies.
- Van den Bulte, C., & Lilien, G. L. (2001). Medical Innovation Revisited: Social Contagion versus Marketing Effort. *American Journal of Sociology*, 106, 1409-1435.
- Van den Bulte, C., & Wuyts, S. (2007). *Social Networks and Marketing*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- Van der Niet, A., & Friele, R.D. (2011). *Het gebruik van implementatiekennis in implementatieprojecten. Een analyse van 27 projecten uit het ZonMW deelprogramma Implementatie*. Utrecht: NIVEL. Retrieved from ZonMW website: www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Implementatie/120218_Gebruik_van_implementatiekennis_in_implementatieprojecten_-_2011_Friele_en_Vd_Niet.pdf
- Van Lanen, M. (2010). Inductief en deductief analyseren bij kwalitatief; het geheel is meer dan de delen. *Kwalon*, 1, 36-43. Retrieved from: www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2010/1/KWALON_2010_015_001_008
- Van Oirschot, R., Soonieus, E., Bake, J., & Kroon, R. (2010). *Kennis(in)kaart. Succes- en belemmeringsfactoren voor het versnellen van opschaling van innovaties* (Eindrapportage Alares 100422 ZIP ES). Retrieved from: [www.zorgvoorinnoveren.nl/upload/file/Rapportage%20Kennis\(in\)kaart%20-%20Onderzoek%20naar%20succesfactoren%20en%20belemmeringen%20bij%20opschalen%20van%20zorginnovatie.pdf](http://www.zorgvoorinnoveren.nl/upload/file/Rapportage%20Kennis(in)kaart%20-%20Onderzoek%20naar%20succesfactoren%20en%20belemmeringen%20bij%20opschalen%20van%20zorginnovatie.pdf)

- Van Suylekom, W., Donders, N., & Van der Gulden, J. (2010). *Sterk naar Werk—Ziek en mondig in de eerste lijn. Verslag over een zorgvernieuwingproject*. Retrieved from U. M. C. St Radboud website: www.umcn.nl/Onderwijs/IWOO/SGBO/Documents/eindrapport%20Sterk%20naar%20Werk.pdf
- Zelfmanagement astma en COPD moeilijk. (2012). Retrieved from Tijdschrift voor Verpleegkundig Experts website: www.nursing.nl/Verpleegkundig-Experts/Nieuws/2012/3/Zelfmanagement-astma-en-COPD-moeilijk-TVZNEW100683W/
- Zillén, P.A., & Bergström, K. (2010). *Leven met chronische nierschade, handboek voor preventie en zelfzorg*. Bussum: Nierstichting Nederland.
- Zorg en Financiering. (2011). 732 Organisaties willen zelfmanagement van patiënten stimuleren. *Zorg en Financiering*, 10(5), 98-99.
- ZonMw. (2011). *Implementatieplan*. Retrieved from ZonMw website: www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/aan-de-slag/

Bijlage A: Interviewschema voor STERK-zorgverleners

Inleiding

Voorstellen/ Uitleg onderzoek/ Opbouw interview/ Toestemming opname op band/ Bespreken anonimiteit

Algemeen

- Wat is uw mening in het algemeen over zelfmanagement?
- Hoe bent u in aanraking gekomen met het STERK-programma?
- Wat is uw mening over het STERK-programma?
- Wat was de reden dat u gebruik wilde maken van het STERK-programma?
- Waren er ook redenen dat u geen gebruik wilde maken van het STERK-programma?

Met behulp van de volgende vragen wil ik graag kijken welke factoren van invloed zijn op keuze van zorgverleners in de nefrologische praktijk om gebruik te maken van het STERK-programma.

Relatief voordeel

- Welke voordelen levert het gebruik van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma op?
Voor patiënt, zorgverlener of omgeving.
Denk ook aan tijd en geld
- Welke nadelen levert het gebruik van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma op?
Voor patiënt, zorgverlener of omgeving.
Denk ook aan tijd en geld
- Zijn bovengenoemde voordelen ook redenen voor u geweest om gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Denkt u dat bovengenoemde voor- en nadelen ook redenen zijn voor andere zorgverleners om wel of niet gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Complexiteit

- Wat is makkelijk aan het werken met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Wat is moeilijk aan het werken met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Zijn deze moeilijke en/of makkelijke punten ook van invloed geweest om gebruik te gaan maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Denkt u dat dit ook deze moeilijke en/of makkelijke punten redenen zijn voor andere zorgverleners om wel of niet gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Inpasbaarheid en invloed omgeving

- Hoe sluit een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma aan bij de manier waarop u gewend bent te werken?
- Denkt u dat andere zorgverleners dit ook zo (antwoord respondent) ervaren?
- Was er bij u behoefte aan een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma? En bij andere zorgverleners? Kunt u dit toelichten?
- Vond u het belangrijk om met zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?
- Vond uw omgeving het belangrijk om met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?
- Bv. collega's, het management, team, leidinggevende, ziekenhuis
- Is dit (wel/niet aansluiting, behoefte, mate van belangrijkheid) ook van invloed geweest op de keuze om met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?
- Is de mening hierover van collega's ook van invloed geweest op de keuze om met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?
- Hebben regels vanuit de organisatie van het ziekenhuis of van een leidinggevende eraan bijgedragen dat u met een zelfmanagement programma zoals het STERK-programma wilde werken? Zo ja, waarom?
- Hebben nieuwe beleidsadviezen of wetten van de overheid eraan bijgedragen dat u met een zelfmanagement programma zoals het STERK-programma wilde gaan werken? Zo ja, waarom?
- Denkt u dat dit (aansluiting, behoefte, mate van belangrijkheid, regels en beleid) ook redenen zijn voor andere zorgverleners om geen gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Invloed patiënt

- Hebben patiënten ook invloed gehad op uw besluit om te gaan werken met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
Zo ja, kunt u dat toelichten?
Zoals tevredenheid of verwachting van patiënt over een zelfmanagementprogramma.
Of de vraag naar een zelfmanagementprogramma/STERK.

Mogelijkheid tot uitproberen

- Heeft het uitproberen van andere zelfmanagementprogramma's uw keuze om met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken beïnvloed?
- Denkt u dat wanneer zorgverleners uit andere nefrologische praktijken meedoen aan een STERK-bijeenkomst of ander zelfmanagementprogramma dit hun keuze beïnvloedt om wel te werken met STERK-programma?

Zichtbaarheid

- Wat weet u van de resultaten van zelfmanagementprogramma's?
Denk aan patiënttevredenheid, kwaliteit van leven of gezondheidsuitkomsten?
- Zijn de resultaten van zelfmanagementprogramma's van invloed geweest op de keuze om met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?
- Denkt u dat de resultaten van het STERK-programma of andere zelfmanagementprogramma's de keuze van andere zorgverleners beïnvloedt om niet met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?

Andere determinanten

- Zijn er nog andere factoren gerelateerd aan het STERK-programma die van invloed zijn op waarom u wel met het STERK-programma werkt, die niet aan de orde zijn gekomen?

Informatie

- Als u informatie zou moeten geven aan andere zorgverleners of patiënten over het STERK-programma zou u dan weten waar u informatie zou kunnen vinden over het programma?

Aanbevelingen

- Heeft u nog aanbevelingen of tips om ervoor te zorgen dat meer zorgverleners gebruik maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Afsluiting interview

- Wilt u verder nog iets toevoegen naar aanleiding van dit gesprek?

Bedankje

Bijlage B: Interviewschema voor niet-STERK-zorgverleners

Inleiding

Voorstellen/ Uitleg onderzoek/ Opbouw interview/ Toestemming opname op band/ Bespreken anonimiteit

Algemeen

- Wat is uw mening in het algemeen over zelfmanagement?
- Hoe bent u in aanraking gekomen met het STERK-programma?
- Wat is uw mening over het STERK-programma?
- Wat was de reden dat u gebruik zou willen maken van het STERK-programma?
- Wat zijn de redenen dat u geen gebruik maakt van het STERK-programma?

Met behulp van de volgende vragen wil ik graag kijken welke factoren van invloed zijn op keuze van zorgverleners in de nefrologische praktijk om gebruik te maken van het STERK-programma.

Relatief voordeel

- Welke voordelen levert het gebruik van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma op?
Voor patiënt, zorgverlener of omgeving.
Denk ook aan tijd en geld
- Welke nadelen levert het gebruik van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma op?
Voor patiënt, zorgverlener of omgeving.
Denk ook aan tijd en geld
- Zijn bovengenoemde nadelen ook redenen voor u geweest om geen gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Denkt u dat bovengenoemde voor- en nadelen ook redenen zijn voor andere zorgverleners om niet gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Complexiteit

- Wat lijkt u makkelijk aan het werken met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Wat lijkt u moeilijk aan het werken met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Zijn deze moeilijke en/of makkelijke punten ook van invloed om geen gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?
- Denkt u dat dit ook deze moeilijke en/of makkelijke punten redenen zijn voor andere zorgverleners om niet gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Inpasbaarheid en Invloed omgeving

- Hoe sluit een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma aan bij de manier waarop u gewend bent te werken?
- Denkt u dat andere zorgverleners dit ook zo (antwoord respondent) ervaren?
- Is er bij u behoefte aan een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma? En bij andere zorgverleners? Kunt u dit toelichten?
- Vindt u het belangrijk om met zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?
- Vindt uw omgeving het belangrijk om met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken? Bv. collega's, het management, team, leidinggevende, ziekenhuis
- Is dit (wel/niet aansluiting, behoefte, mate van belangrijkheid) ook van invloed geweest op de keuze om niet met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?
- Is de mening hierover van collega's ook van invloed geweest op de keuze om met niet een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?
- Hebben regels vanuit de organisatie van het ziekenhuis of van een leidinggevende eraan bijgedragen dat u met een zelfmanagement programma zoals het STERK-programma zou willen werken? Zo ja, waarom?
- Hebben nieuwe beleidsadviezen of wetten van de overheid eraan bijgedragen dat u met een zelfmanagement programma zoals het STERK-programma zou willen werken? Zo ja, waarom?
- Denkt u dat dit (aansluiting, behoefte, mate van belangrijkheid, regels en beleid) ook redenen zijn voor andere zorgverleners om niet gebruik te maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Invloed patiënt

- Hebben patiënten ook invloed gehad op uw besluit om te gaan werken met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma? Zo ja, kunt u dat toelichten?
(Zoals tevredenheid of verwachting van patiënt over een zelfmanagementprogramma.
Of de vraag van de patiënt naar een zelfmanagementprogramma/STERK.)

Mogelijkheid tot uitproberen

- Heeft het uitproberen van andere zelfmanagementprogramma's uw keuze om niet met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te willen werken beïnvloed?
- Denkt u dat wanneer u mee mag doen aan een STERK-bijeenkomst of ander zelfmanagementprogramma dit uw keuze beïnvloedt om wel te werken met STERK-programma?

Zichtbaarheid

- Wat weet u van de resultaten van zelfmanagementprogramma's?
Denk aan patiënttevredenheid, kwaliteit van leven of gezondheidsuitkomsten?
- Zijn de resultaten van zelfmanagementprogramma's van invloed geweest op de keuze om met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te willen werken?
- Denkt u dat de resultaten van het STERK-programma of andere zelfmanagementprogramma's de keuze van andere zorgverleners beïnvloedt om niet met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma te gaan werken?

Andere determinanten

- Zijn er nog andere factoren gerelateerd aan het STERK-programma die van invloed zijn op waarom u niet met het STERK-programma werkt, die niet aan de orde zijn gekomen?

Informatie

- Als u informatie zoekt over het STERK-programma, zou u dan weten waar u informatie zou kunnen vinden over het programma?

Aanbevelingen

- Heeft u nog aanbevelingen of tips om ervoor te zorgen dat meer zorgverleners gebruik maken van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma?

Afsluiting interview

- Wilt u verder nog iets toevoegen naar aanleiding van dit gesprek?

Bedankje

Bijlage C: Codeerschema

(Kern)Codes	Inductief/ deductief	Subcodes (evt)	Definitie
mening zelfmanagement	deductief		Mening van de zorgverlener over zelfmanagement.
aanraking STERK	deductief		Hoe is de zorgverlener in aanraking gekomen met het STERK-programma.
mening STERK	deductief		Wat is de mening van de zorgverlener over het STERK-programma

relatief voordeel	voor deel	patiënt	deductief	positieve effecten	Positieve effecten van het gebruik van het STERK-programma op gebied van zelfmanagement en gezondheid.
			inductief	lotgenoten	Het werken met het STERK-programma levert lotgenotencontact op tussen patiënten
			inductief	nieuwe groep	Het STERK-programma is voor een groep nierpatiënten waar weinig interventies voor zijn
	voor delen	zorg verlener	deductief	professionele handelings mogelijkheden	Het toepassen van het STERK-programma levert verrijking van het persoonlijk leren op.
			inductief	samenwerkingsrelatie	Het STERK-programma levert een verbeterde samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de zorgverlener op
			inductief	werktevredenheid	Het werken met een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma levert tevredenheid over het werk op.
			inductief	groep	Doordat het STERK-programma aan een groep patiënten gegeven wordt levert dit meer op
		sociaal- politieke omgeving	deductief	tijdsbesparing	Het invoeren van een zelfmanagementprogramma zoals het STERK-programma bespaart tijd.
			deductief	kostenbesparing	Het invoeren van het STERK-programma bespaart geld

relatief voordeel	nadelen	patiënt	inductief	belasting	Belasting voor de patiënt door het gebruik van het STERK-programma
			inductief	verantwoordelijkheid	Wanneer de zorgverleners de verantwoordelijkheid van de zorg volledig weggeven aan de patiënt
		zorg verlener	deductief	tijdsinvestering	De tijdinvestering die nodig is voor het uitvoeren van het STERK-programma.
		sociaal-politieke omgeving	deductief	financiële investering	De financiële middelen die nodig zijn om gebruik te maken van het STERK-programma.
invloed relatief voordeel			deductief		Welke subcodes hebben invloed op de adoptie van het STERK-programma
Inpasbaarheid			deductief	werkwijze	Wat is de werkwijze van de zorgverlener
			deductief	behoefte/belang	De behoefte of belang van de zorgverlener aan het STERK-programma
			deductief	sociaal culturele waarden en normen	Invloed van de sociale omgeving op de sociale waarden en normen

invloed sociale omgeving	patiënt	inductief	toename eigen regie	Er is sprake van toename van de eigen regie van de patiënt
		inductief	bereidheid	De bereidheid van de patient om gebruik te maken van het STERK-programma
	(in)directe collega's	deductief	invloed van (in)directe collega's	De invloed van (in)directe collega's op de adoptie van het STERK-programma
	sociaal-politieke omgeving	deductief	Invloed vanuit de overheid	De invloed van de overheid op de adoptie van het STERK-programma
invloed inpasbaarheid		deductief		Welke subcodes hebben invloed op de adoptie van het STERK-programma
complexiteit	makkelijk	inductief	kant-en-klaar programma	Het sterk-programma is een kant-en-klaar programma
	moeilijk	deductief	rolverandering	Het gebruik van het STERK-programma vraagt om een rolverandering van de zorgverlener
		inductief	organiseren	Het organiseren van het STERK-programma
				ge C: Codeersche

invloed complexiteit		deductief		Welke factoren hebben invloed op de adoptie van het STERK-programma
mogelijkheid tot uitproberen		deductief	mogelijkheid tot uitproberen	De mogelijkheid tot uitproberen van een zelfmanagementprogramma en de invloed hiervan op adoptie
observeerbaarheid		deductief	observeerbaarheid	Wanneer de zorgverlener spreekt over de zichtbaarheid van de resultaten van een zelfmanagementprogramma als het STERK-programma.
andere factoren		inductief	te veel innovaties	Er zijn te veel innovaties waarvan zorgverleners gebruik moeten maken.
		inductief	onbekendheid	Wanneer de zorgverlener praat over dat hij iets niets van het STERK-programma weet.
informatie vinden		deductief		Hoe vindt de zorgverlener informatie over het STERK-programma

tips	inductief	uitdragen	Het uitdragen van het programma en de resultaten
	inductief	financiële ondersteuning	Het wegnemen van de financieringsbelemmering
	inductief	ondersteuning	Ondersteuning bieden bij het opzetten van het STERK-programma
	inductief	bij elkaar kijken	De mogelijkheid tot kijken bij STERK-bijeenkomsten

Legenda:

	Deductieve code die niet in de transcripties is teruggevonden
--	---